



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Żyję cicho krwawiąc : problem zachowań samobójczych wśród młodzieży na przykładzie filmu "Sala samobójców"

Author: Żaneta Rachwaniec-Szczecińska

Citation style: Rachwaniec-Szczecińska Żaneta. (2014). Żyję cicho krwawiąc : problem zachowań samobójczych wśród młodzieży na przykładzie filmu "Sala samobójców". W: M. Brol, A. Skorupa (red.), "Psychologiczna praca z filmem" (S. 291-340). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Żaneta Rachwaniec-Szczecińska

Żyję cicho krwawiąc — problem zachowań samobójczych wśród młodzieży na przykładzie filmu „Sala samobójców”

Film: Sala samobójców, prod. Polska, 2011, reż. Jan Komasa, czas trwania: 117 min

Obszary psychologii: psychologia kliniczna, psychologia rozwoju człowieka, psychologia społeczna, suicydologia

Omawiane zagadnienia: samobójstwa dzieci i młodzieży, interwencja kryzysowa, profilaktyka zachowań samobójczych, rola internetu w kształtowaniu zachowań suicydalnych

Zastosowanie: na kierunku psychologia oraz na przedmiotach psychologicznych na innych kierunkach studiów, a także w pracy z osobami interesującymi się psychologią

Zanim przeczytasz:

Stopień, w jakim rozdział ujawnia fabułę filmu: 5/5

Czy rozdział ujawnia zakończenie filmu? TAK

Jak informować o samobójstwie?

Amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego podaje wytyczne dotyczące sposobu, w jaki należy przekazywać informacje o samobójstwie. Osoby (nauczyciele, psychologowie etc.), które powiadamiać będą o samobójstwie np. koleżanki i kolegów ofiary, powinni pamiętać o kilku zasadach:

- Unikaj informowania o samobójstwie w sposób wzbudzający sensację. Nie podawaj szczegółów dotyczących sposobu popełnienia samobójstwa. Nie mów o „próbie samobójczej zakończonej sukcesem”.
- Nie opowiadaj szczegółów dotyczących pogrążonej w żałobie rodziny i przyjaciół czy pozostawionego przez samobójcę listu. Zamiast tego przekaż dane placówek i osób, które mogą udzielić pomocy osobom znajdującym się w kryzysie.

- Postaraj się nie sugerować uczniom, że liczba samobójstw rośnie. Nie mów o „samobójczej epidemii” czy „rosnącym zagrożeniu”. Jeśli pojawią się pytania na ten temat, odpowiadaj rzetelnie, opierając się sprawdzonych statystykach.
- Nie przedstawiaj samobójstwa jako „ogromnego szoku” czy wydarzenia, któremu nie dało się zapobiec. Zamiast tego porozmawiaj o sygnałach, które mogą świadczyć o tym, że osoba zmaga się z zamiarami samobójczymi.
- Unikaj podawania opinii przyjaciół, rodziny czy znajomych dotyczących przyczyn samobójstwa. Dużo lepszym rozwiązaniem jest zaproszenie eksperta, który odpowie na nurtujące dzieci i młodzież pytania i wątpliwości.

Źródło: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/recommendations-for-reporting-on-suicide.shtml>

Gdzie szukać pomocy?

- Europejski numer alarmowy:
112
Gdy ktoś z rodziny, bliskich albo osoba obca bezpośrednio zagrożona jest samobójstwem, należy zgłosić to pod bezpłatnym numerem alarmowym. Pamiętaj jednocześnie, żeby do przybycia pomocy lekarskiej, nie zostawiać osoby zagrożonej samej.
- Bezpłatny kryzysowy telefon zaufania dla dzieci i młodzieży:
116 111
Pomoc można uzyskać telefonicznie lub pisząc e-mail do specjalisty.
- Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży Rzecznika Praw Dziecka:
800 12 12 12
Pod numer mogą również dzwonić osoby dorosłe, które chcą zgłosić problemy dzieci i młodzieży.
- Bezpłatny kryzysowy telefon zaufania dla dorosłych:
116 123
Dla osób niemających możliwości bezpośredniego skontaktowania się z psychologiem. Specjaliści udzielają pomocy m.in.: osobom doświadczającym kryzysu emocjonalnego czy chronicznego stresu, chorym na depresję, samotnym, borykającym się z myślami samobójczymi.
- Ośrodki Interwencji Kryzysowej:
adresy i numery telefonów ośrodków znajdują się na stronie www.interwencjakryzysowa.pl
Ośrodki udzielają pomocy w trudnych sytuacjach życiowych. Do OIK można zgłosić się osobiście lub zadzwonić. Udzielana pomoc jest bezpłatna. Część placówek pełni dyżury całonocowe i posiada własne noclegownie. Pracownicy Ośrodków Interwencji Kryzysowej mogą również (np. na prośbę dyrektora szkoły) prowadzić spotkania z uczniami na terenie szkoły.
- Niebieska Linia:
22 668 70 00
Dla osób doświadczających lub będących świadkami przemocy fizycznej lub psychicznej w domu, szkole, pracy lub otoczeniu. Pomocy udzielają specjaliści — psycholodzy oraz prawnicy.

— Lekarze psychiatrzy:

Pamiętaj, że skorzystanie z pomocy psychologa czy psychiatry nie jest powodem do wstydu! Aby umówić się na wizytę do psychiatry refundowaną w ramach NFZ, nie potrzebujesz skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie

W marcu 2011 roku na ekrany polskich kin wszedł film Jana Komasy zatytułowany „Sala samobójców”. Od początku był intensywnie reklamowany przez media, zrealizowano go z dużym jak na polskie warunki rozmachem, kuśił formą, w której sekwencje fabularne przeplatały się z efektownymi animacjami. Oglądając zapowiedzi filmu, przeglądając jego stronę internetową, czy wreszcie czytając streszczenia fabuły, można odnieść wrażenie, że głównymi jego odbiorcami są nastolatki.

Dominik to zwyczajny chłopak. Ma wielu znajomych, najładniejszą dziewczynę w szkole, bogatych rodziców, pieniądze na ciuchy, gadżety, imprezy i pewnego dnia jeden pocałunek zmienia wszystko. „Ona” zaczepia go w sieci. Jest intrygująca, niebezpieczna, przebiegła. Wprowadza go do „Sali samobójców”, miejsca, z którego nie ma ucieczki. Dominik, w pułapce własnych uczuć, wpłątany w śmiertelną intrygę, straci to, co w życiu najcenniejsze... (*Sala samobójców* — o filmie, bdw)

— głoszą zapowiedzi na portalach filmowych. Ciekawa i niespotykana w polskim kinie forma filmu, bliska nastolatkom tematyka internetu, jak również prezentowane w mediach zwiastuny sprawiły, że dzieło to zyskało sobie wśród młodzieży wielką popularność. Sam reżyser, zapytany dla kogo jest przeznaczony ów film, odpowiada: „Dla wszystkich, którzy czują się bezsilni, nie na swoim miejscu, dojrzewają albo mają dzieci, które wchodzą w ten okres” (Ibid.). Z rozmów z nastolatkami, wpisów na forach internetowych oraz wysokiej frekwencji na salach kinowych można wnioskować, że oglądalność „Sali samobójców” wśród adolescentów jest duża. Trudno dokładnie oszacować liczbę widzów w wieku poniżej osiemnastu lat, którzy widzieli ten film. Do osób korzystających z oficjalnych kanałów dystrybucji doliczyć należy bowiem tych, którzy obejrzel nielegalne kopie. Dystrybutor zdecydował, że film oglądać mogą widzowie powyżej 15. roku życia, choć oczywiście wieku odbiorców kopii w dobie cyfryzacji nie kontroluje nikt.

Popularność omawianego filmu wśród nastolatków, statystyki dotyczące samobójstw nieletnich, a także powtarzające się policyjne i medialne doniesienia o zachowaniach suicydalnych na różnorakie, omówione w dalszej części artykułu, sposoby związane z korzystaniem z internetu sprawiają, że temat zapobiegania

samobójstwom wśród młodzieży jest szczególnie aktualny i ważny, zarówno dla psychologów oraz osób profesjonalnie zajmujących się pomocą nieletnim, jak i dla rodziców i nauczycieli. Badacze twierdzą, że prezentowane młodzieży filmy poruszające tematykę samobójstw mogą zostać potraktowane jako materiał instruktażowy (Lazar, Roggenbaum, Blase, 2003). Ponadto atrakcyjni bohaterowie tego obrazu sprawiają, że łatwo jest się z nimi identyfikować, a ich zachowanie potraktować jako wzór. W latach 80. w Stanach Zjednoczonych nastolatkom wyświetlono w ramach działań profilaktycznych poruszający film o młodym samobójcy. W ciągu trzech miesięcy od projekcji wśród jej uczestników zanotowano 43 próby samobójcze. Sam reżyser „Sali samobójców”, zdaje się dostrzegać płynące z jego obrazu zagrożenia dla młodego widza. W jednym z wywiadów Komasa mówi:

Uważałem z publicznością zbyt młodą — poniżej piętnastu lat raczej bym nie ryzykował, a przed ukończeniem 18. roku życia najlepiej, żeby to oglądać z dorosłymi. Ten film jest bardzo mocny i intensywny, mówi też o niebezpiecznych rzeczach. Może głupio o tym mówić, ale było kilka przypadków histerycznych reakcji podczas pokazów na Berlinale, film wywołuje czasem skrajne emocje (*Kto jest kim w „Sali samobójców”?*, 2011).

Wybór tego właśnie filmu do analizy podyktowany był z jednej strony jego wspomnianą popularnością wśród młodzieży i możliwym wpływem wywieranym na odbiorców, z drugiej zaś różnego rodzaju doniesieniami (naukowymi czy prasowymi), ukazującymi bezradność sieci wsparcia wobec zagrożeń samobójstwami wśród młodzieży. Wydaje się, że zarówno rodzice, jak i nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy, a nawet psycholodzy często nie wiedzą, jak postępować w zetknięciu z zachowaniami suicydalnymi. Od czasu do czasu ukazują się skierowane do kadry nauczycielskiej lub rodziców poradniki dotyczące postępowania w sytuacji zagrożenia samobójstwem dziecka, dorośli jednak często wiedzę na ten temat czerpią z mniej fachowych źródeł, na przykład filmów. Na ile „Sala samobójców” może służyć za wzorzec postępowania w sytuacji zagrożenia samobójstwem nastolatka? Jakie elementy filmu nadają się do wykorzystania w pracy z młodzieżą? Co inspirującego mogą w „Sali samobójców” znaleźć psychologowie i dydaktycy, których rolą jest udzielanie profesjonalnej pomocy osobom cierpiącym i udzielanie fachowego wsparcia otoczeniu potencjalnego samobójcy? Czy ukazana w omawianym filmie osobowość nastoletniego samobójcy znajduje swe odbicie w rzeczywistości, a postępowanie bohatera — w postępowaniu prawdziwych ofiar samobójstw? Jak należy przeprowadzić interwencję kryzysową w sytuacji zagrożenia samobójstwem osoby nieletniej? Niniejszy artykuł ma przynieść odpowiedzi na te i inne pytania, które mogą zrodzić się w związku z filmem „Sala samobójców”.

Zawarte w tym rozdziale informacje mogą być stosowane podczas lekcji profilaktycznych ze starszą młodzieżą, należy jednak wziąć pod uwagę konieczność

takiego przedstawienia zagadnień, by nie stanowiły one zachęty do naśladowania filmowych bohaterów. W przeważającej jednak części rozdział jest przeznaczony do zastosowania w pracy z osobami, których zadaniem jest udzielanie wsparcia osobom zagrożonym samobójstwem. Film może być wykorzystany podczas warsztatów z rodzicami nastolatków w celu ich uwrażliwienia na swoiste sygnały alarmowe informujące o zagrożeniu dziecka zachowaniami suicydalnymi. „Sala samobójców” dostarcza bowiem przykładów dość często popełnianych przez dorosłych błędów w sytuacji, gdy dziecko dostarcza otoczeniu werbalnych lub niewerbalnych sygnałów o zamiarze popełnienia samobójstwa. Ukazanie w filmie Komasy konsekwencji ignorowania tych sygnałów może być pomocne w uzmysłowieniu rodzinie realności zagrożenia. Rozdział może być również użyty podczas zajęć dla nauczycieli, pedagogów oraz psychologów szkolnych — historii Dominika można użyć jako wskazówki, na jakie zachowania powinny zwracać szczególną uwagę osoby pracujące z młodzieżą. Zawarte w nim informacje można także zastosować w kształceniu psychologów — mogą oni na przykładzie filmu zidentyfikować znane im z podręczników psychologii zagadnienie, przedyskutować na ile świat przedstawiony w „Sali samobójców” jest zgodny z założeniami psychologii.

Krótki opis filmu

„Sala samobójców” opowiada historię Dominika Santorskiego, chłopaka który z pozoru ma wszystko — pieniądze, urodę, znajomych. Nastolatek w znaczący sposób różni się od spotykanych często w autobusach, na osiedlach i będących bohaterami licznych filmowych produkcji ludzi w jego wieku. Jest delikatnym wrażliwcem, członkiem subkultury emo, eksperymentuje z wyglądem, z własną seksualnością. Studniówkowy zakład zmienia w życiu nastolatka bardzo wiele. Znajomi, z którymi żartował, stają się nagle otoczeniem wrogim i drwiącym z niego. Do sieci trafia film, który staje się dla Dominika początkiem najbardziej tragicznych wydarzeń w jego życiu. Pozornie pewny siebie chłopak, staje się całkowicie bezradny wobec tego, co zaczyna się dziać wokół jego osoby. Osamotniony, trafia do Sali samobójców, miejsca, z którego dla niektórych nie ma już ucieczki. Dominik zaczyna żyć w dwóch światach lub mówiąc dosadniej — żyje w świecie wirtualnym, w tym realnym jedynie egzystuje. Obserwujemy, jak chłopak stopniowo zrywa wszelkie więzi łączące go z dotychczasowym życiem. Jego samotność i poczucie niezrozumienia znajduje swój tragiczny finał.

Film Komasy budzi liczne kontrowersje. Ani widzowie, ani krytycy nie są zgodni co do jego wartości intelektualnej i estetycznej.

Chęć powiedzenia „wszystkiego”, strzelanie „po wszystkich”, zaatakowanie całości współczesnej kultury, zgubienie wątku, połączenie transowej formy z pocziwym dydaktyzmem, pozornego radykalizmu z zachowawczymi receptami to podstawowe grzechy ambitnego debiutu Jana Komasy (Sobolewski, Felis, 2011)

— głosi jedna z opinii na temat filmu. Część recenzentów krytykuje „Sali samobójców” za zbyt długie, wypełnione nadmuchanymi dialogami animacje, za postać Sylwii, która zamiast fascynować, sprawia wrażenie pustej i banalnej. Zarzuty dotyczą też osobowości głównego bohatera, Dominika — tego, że jest postacią płaską, schematycznym, socjologicznym konstruktem. Krytycy sugerują, że widz może od początku czuć się mądrzejszy od bohatera, gdyż dostrzega oczywistą manipulację, której Dominik jest poddawany, a której on sam nie widzi. Zarzuty recenzentów odnoszą się także do braku dokończenia wątku homoseksualizmu głównego bohatera. Komasa nie rozwinął też zagadnienia sprzeczności, które charakteryzują środowisko młodych ludzi. Z jednej strony panuje w nim przyzwolenie na nieograniczone wręcz korzystanie z wolności, z drugiej zaś istnieją nadzwyczaj ciasne ramy, do których albo należy się dopasować, albo zostanie się zniszczonym.

Zwolennicy filmu przekonują, że powyższe zarzuty są tylko konsekwencją niedostrzeżenia ironii reżysera. Dominik jest najbardziej obecnie pożądanym modelem nastolatka — dobrze ubrany, bogaty, rozrywkowy, mający przed sobą świetlaną przyszłość. Krytycy, którym film się podobał, twierdzą także, że w „Sali samobójców” jest kilka scen, których nie sposób zapomnieć, a także że film zawiera uniwersalny przekaz: że młodość, niezależnie od warunków, boli zawsze tak samo. Film zdobył liczne nagrody i nominacje, był też prezentowany w Parlamencie Europejskim. Na swoim koncie ma między innymi: 7 nominacji do Złotych Kaczek, 1 nominację na festiwalu Camerimage, nagrodę dla Komasy za najlepszy debiut na festiwalu Nowe Horyzonty, pięć nagród specjalnych na Festiwalu Polskich Filmów Fabularnych w Gdyni, Srebrnego Lwa dla Komasy, Złotego Lwa za kostiumy, nagrodę czasopisma „Film” oraz nominacje na Lubuskim Festiwalu Filmowym.

Statystyki dotyczące samobójstw

Osiemnastoletni Dominik, bohater „Sali samobójców”, umiera na podłodze toalety nocnego klubu po zażyciu dużej ilości leków uspokajających. Samobójstwa są drugą (po wypadkach) najczęstszą przyczyną śmierci młodych ludzi do 19. roku życia (Kułaga i in., 2009). Co roku w Polsce odbiera sobie życie kilkaset osób przed osiągnięciem pełnoletności. Najwięcej samobójstw popełniają mło-

dzi ludzie w wieku 15—19 lat (Kazdin, 1996; Dolto, 1995). Śmierć samobójcza, zwłaszcza jeśli dotyczy dziecka czy nastolatka, wydaje się czymś nienaturalnym i ma destrukcyjny wpływ na środowisko rodzinne oraz szkolne osoby, która samobójstwo popełniła. Próby samobójcze (zarówno te udane, jak i nieudane) powodują poważne konsekwencje dla otoczenia osoby, która je podejmuje — rodziny, przyjaciół, rówieśników, a także dla całego systemu społecznego.

Tabela 1. Liczba zakończonych zgonem zamachów na własne życie w Polsce

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
2013	5193	903	6097
2012	3569	508	4177
2011	3294	545	3839
2010	3517	570	4087
2009	3739	645	4384
2008	3333	631	3964
2007	2924	606	3530
2006	3444	646	4090
2005	3885	736	4621
2004	4104	789	4893
2003	3890	744	4634
2002	4215	885	5100
2001	4184	787	4971
2000	4090	857	4947
1999	3967	728	4695
1998	4591	911	5502
1997	4622	992	5614
1996	4392	942	5334
1995	4465	1020	5485
1994	4541	997	5538
1993	4519	1050	5569
1992	4426	1027	5453
1991	3388	771	4159

Źródło: (Statystyki policyjne — liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem, 2014).

Samobójstwo definiuje się najczęściej jako „akt celowego, świadomego odebrania sobie życia”. Definicja ta ma jednak charakter potoczny. Badacze podkreślają bowiem, że samobójstwo nie jest jedynie jednorazowym aktem, lecz bywa trwającym przez wiele lat ciągiem powiązanych ze sobą myśli i czynów (Hołyst, 1983). Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że co 40 sekund ktoś na świecie popełnia samobójstwo (*Suicide rates of the world and why people kill themselves*). Jeśli dodamy do tego próby nieudane i czyny suicydalne, które z różnych przyczyn nie zostały oficjalnie zakwalifikowane do omawianej kategorii, to samobójstwo staje się jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia i życia współczesnego człowieka. Według WHO (*World Health Organization*, Światowej Organizacji Zdrowia) w ciągu ostatnich dwudziestu lat wskaźniki samobójczości na świecie wzrosły od 5% do 62%. Polska znajduje się wśród krajów o średnim wskaźniku samobójstw, jednak począwszy od roku 1990 ich liczba stale rośnie.

Tabela 2. Liczba samobójstw w kilkunastu krajach europejskich o najwyższych współczynnikach zachowań suicydalnych

Kraj	Rok	Mężczyźni — współczynnik na 100 tys. ludności	Kobiety — współczynnik na 100 tys. ludności	Ogółem — współczynnik na 100 tys. ludności
Białoruś	2003	63,3	10,3	35,1
Litwa	2007	53,9	9,8	30,4
Rosja	2006	53,9	9,5	30,1
Węgry	2006	40,1	10,7	24,7
Ukraina	2005	40,9	7,0	22,8
Słowenia	2007	33,7	9,7	21,5
Łotwa	2007	34,1	7,7	19,9
Serbia	2006	28,4	11,1	19,5
Finlandia	2007	28,9	9,0	18,8
Estonia	2008	30,6	7,3	18,1
Szwajcaria	2007	24,8	11,4	18,0
Francja	2006	25,5	9,0	17,0
Polska	2009	30,0	4,8	16,9

Za: (Brodniak, 2011).

W 1962 roku w naszym kraju zanotowano 2065 dokonanych samobójstw, w 1970 ich liczba wyniosła 3767, w 1992 przekroczyła pięć tysięcy i od tego czasu stale rośnie (Hołyst, 1997). W 1995 roku w Polsce popełniły samobójstwo 343 osoby w wieku 10—19 lat, w tym 63 z nich miały poniżej 15 lat. W 2000

roku zanotowano w naszym kraju 4947 samobójstw, w tym 404 wśród młodzieży w wieku 14—20 lat. W roku 2011 na 4971 zarejestrowanych samobójstw, 404 popełniły osoby między 14. a 20. rokiem życia. W 2010 roku w policyjnych statystykach odnotowano 4087 samobójstw. W latach 1989—1996 oraz w roku 2009 miały nawet miejsce zakończone zgonami próby samobójcze dzieci w wieku od 5 do 9 lat. Niepokojące jest to, że raporty wskazują nie tylko na wzrastającą liczbę samobójców, ale także na obniżanie się ich wieku.

Tabela 3. Samobójstwa dokonane w Polsce w latach 2008 i 2009 według wieku na podstawie danych GUS

Wiek	2008	2009
5—9 lat	0	1
10—14 lat	28	37
15—19 lat	274	256
20—24 lata	390	426
25—29 lat	415	432
30—34 lata	394	433
35—39 lat	400	523
40—44 lata	510	553
45—49 lat	699	691
50—54 lata	742	918
55—59 lat	642	813
60—64 lata	369	468
65—79 lat	256	315
70—74 lata	216	244
75—79 lat	168	179
80 i więcej lat	178	185

Za: (Brodniak, 2011).

Analizując powyższe dane, należy zwrócić uwagę na fakt, że część samobójstw nigdy nie została zakwalifikowana do tej kategorii, pozostając w oficjalnych statystykach na przykład wypadkami. Wobec powyższego dane liczbowe dotyczące samobójstw mają charakter niepełny i nie obrazują całościowej skali zjawiska. Jak wynika z przedstawionych powyżej statystyk, z roku na rok zwiększa się liczba samobójstw popełnianych także wśród dzieci i młodzieży. Wzrasta również ilość osób podejmujących nieudane próby odebrania sobie życia. Nieskuteczność zamachów samobójczych nie wynika jednak z **instrumentalnego charakteru czy-**

nu (niedoszli samobójcy nie chcą tylko próbą odebrania sobie życia nastraszyć otoczenia ani wymóc na otaczających ich ludziach jakichś działań czy postaw), lecz jedynie (w przypadku samobójców młodych) ze słabszej znajomości skutecznych sposobów prowadzących do przerwania czynności życiowych (Hołyst, 1997). Opracowanie dokładnych statystyk zachowań suicydalnych dodatkowo utrudnia fakt, że samobójstwa dokonane są każdorazowo badane przez policję i prokuraturę, jednak już usiłowanie odebrania sobie życia często pozostaje zatajone i nie wychodzi poza wąskie grono na przykład rodziny (Hołyst, 1996).

Reakcje otoczenia na próbę samobójczą

W „Sali samobójców” ukazany został mechanizm zaprzeczenia i bagatelizowania przez otoczenie autodestrukcyjnych myśli i zachowań nastolatka. Kiedy Dominik po tygodniowym niewychodzeniu z pokoju, z ranami ciętymi nadgarstków trafia do szpitala psychiatrycznego, rodzice oznajmiają lekarzowi, że „to jest normalny, zdrowy chłopiec”.

Najważniejsza scena — samookałeczenie się i hospitalizacja Dominika

(52:50—56:50 minuta filmu)

„Próba samobójcza? To jest normalny zdrowy chłopiec proszę pana. On ma za chwileczkę maturę i musi się uczyć, musi czytać, musi chodzić do szkoły. Próba samobójcza? To jest pana diagnoza?”

„Sala samobójców” ukazuje ewolucję reakcji rodziców Dominika na jego czyn autoagresywny: od początkowej złości, wyparcia (których ofiarą pada pracujący w szpitalu lekarz), przez próby rozmowy z synem, wezwanie lekarzy psychiatrów, podjęcie starań zrozumienia jego nowych przyjaciół, agresywne komunikaty i walenie pięścią w drzwi pokoju nastolatka, odcięcie mu internetu, aż po wejście do wirtualnego świata Dominika. Reakcje na próbę samobójczą dziecka są różne: od poczucia winy rodziców, że nie umieli mu pomóc, przez strach, że samobójca, któremu się nie powiodło, ponownie podejmie próbę odebrania sobie życia, złość że dziecko nie docenia tego, jak rodzice się dla niego poświęcają, po apatię. Często bliscy niedoszłego samobójcy stają przed koniecznością otoczenia go wzmożoną opieką, co stanowi dla nich tak psychiczne, jak i materialne obciążenie. Zdarzają się nawet przypadki, że ludzie zobowiązani do sprawowania opieki nad osobą grożącą popełnieniem samobójstwa zapadają na nerwice (Hołyst, 1983). Także dalsze otoczenie samobójcy, który nie zdołał urzeczywistnić swojego zamiaru, przyjmuje różnorodne, często negatywne wobec niego postawy: obojętność, od-

trącenie, zaprzeczenie i bagatelizowanie jego problemów, szydzenie, podżeganie do podjęcia kolejnej próby samobójczej, potępienie. Wiadomości o śmierci Dominika nie potrafią przyjąć nawet jego przyjaciele z Sali samobójców. Gdy do systemu loguje się matka Dominika, by zawiadomić społeczność Sali o tragedii, osoby do niedawna deklarujące chęć popełnienia samobójstwa nie są w stanie poradzić sobie z tą informacją. Znikające awatary obrazują opuszczanie Sali przez jej członków, ich wylogowywanie ze wspólnie stworzonego świata. Nawet pozornie najbardziej pragnąca śmierci Sylwia, gdy dowiaduje się o samobójstwie Dominika, daje upust niezwykle silnym emocjom i opuszcza pokój, z którego nie wychodziła przez ostatnie trzy lata (102:45—105:25 minuta filmu).

Rola profesjonalisty

Bywa, że na pracę z dzieckiem bądź nastolatkiem nękanym myślami samobójczymi nie są gotowe nawet osoby, które z racji swego zawodu są niejako predestynowane do podejmowania interwencji w takich sytuacjach. Wydaje się, że dotyczy to m.in. psychologów i pedagogów szkolnych. W filmie, przy okazji działań podejmowanych przez rodziców Dominika po pierwszym poważnym akcie autoagresji, jakiego dokonuje chłopak, mamy okazję obserwować pracę dwóch psychiatrów, którzy postępują niejako modelowo, wcielając się w role „dobrego” i „złego” przedstawiciela tego zawodu. Unikając rozstrzygnięć co do istnienia zwłaszcza tego drugiego typu specjalistów w rzeczywistym świecie, warto jednak wspomnieć o ukazanych w filmie sposobach postępowania obu lekarzy. Psychiatra wezwany jako pierwszy daje Santorskim rzeczowe wskazówki co do tego, jak postępować z synem, stawia diagnozę, podkreśla rolę czasu w zdrowieniu pacjenta i nie chce wypisać recepty bez badania. Pani doktor, która odwiedza Dominika później, chce z kolei zakończyć wizytę jak najszybciej, zaczyna od wypisania recepty bez spotkania z chłopakiem. W trakcie rozmowy z nim wyraźnie się nudzi, zerka na swój telefon komórkowy i mówi nastolatkowi, że ma masę rzeczy do zrobienia, ale rozmawia z nim, bo jego rodzice jej za to zapłacili. Santorscy nie dali pierwszemu lekarzowi szansy na udzielenie Dominikowi pomocy. Nastawieni na szybkie rozwiązanie problemu, nie chcieli zaakceptować konieczności długotrwałej terapii. W efekcie młody człowiek po raz kolejny został pozostawiony sam sobie.

Typy samobójstw

Brunon Hołyst wyróżnił cztery **typy zachowań suicydalnych**. Pierwszy — **samobójstwo wyobrażone** — pojawia się w sytuacji, gdy człowiek rozważa możliwość rozwiązania swoich problemów przez samozagładę. U części osób myśli tego typu przemijają, jednak u niektórych taki sposób wyjścia z trudnej sytuacji staje się coraz bardziej atrakcyjny (**samobójstwo upragnione**) i prowadzi do usiłowania lub dokonania targnięcia się na własne życie (Hołyst, 1997). Z drugiej jednak strony ten sam autor pisze, że zachodzi wątpliwość co do tego, czy samobójstwo w każdym przypadku jest poprzedzone świadomą decyzją. Z punktu widzenia jednostki samobójstwo jest wyborem między tkwieniem w sytuacji, której nie potrafi ona sprostać, a stanem, w którym nie musi podejmować już żadnego wysiłku ani decyzji. Samobójstwo można zatem traktować jako sposób uniknięcia wpisanych w ludzką egzystencję trudnych wyborów, jako *decyzję unikania decyzji* (Hołyst, 1997). Dominik — maturzysta borykający się z wynikającymi między innymi z jego odmiennej orientacji seksualnej problemami z członkami swej grupy rówieśniczej, niezrozumiany przez rodziców, stojący przed wyborem kierunku studiów i innymi, ważnymi dla jego przyszłości decyzjami, wybiera śmierć — podejmuje decyzję, że już nigdy więcej nie będzie o niczym decydować.

Przyczyny samobójstw

Badania nad przyczynami zachowań samobójczych młodzieży wymagają stałej aktualizacji, ponieważ działania te charakteryzuje duża zmienność danych np. demograficznych, tzn. zmienia się na przykład wiek osób podejmujących próby samobójcze czy ich status materialny — są okresy, kiedy próby takie podejmują osoby biedniejsze, a potem może nadejść czas, że częściej będą one miały miejsce wśród bogatych warstw społeczeństwa. Wynika to z szybkiego tempa przemian zarówno kulturowych, społecznych, jak i ekonomicznych, którym podlegają warunki życia współczesnych nastolatków. Niemniej występowanie zachowań samobójczych wśród młodzieży zależy od kilku czynników, które można podzielić na następujące kategorie:

- biologiczne (genetyczne i neurochemiczne),
- demograficzne (pochodzenie, rasa, płeć, wiek),
- społeczno-ekonomiczne,
- psychologiczne.

Powyższe czynniki wyodrębniono na podstawie analizy literatury przedmiotu, jako mające najlepiej udokumentowany związek z zachowaniami suicydalnymi.

mi (Gmitrowicz, 2002). W publikacjach tych można także odnaleźć dwa **modele patogenezy zachowań samobójczych**: *stress model*, eksponujący rolę urazów psychicznych i niekorzystnego wpływu otaczającego świata, oraz *mental model*, podkreślający rolę zaburzeń psychicznych (Pfeffer, 1996; Beautrais, Joyce, Muller, 1998). Niektórzy badacze postulowali również istnienie modelu wieloczynnikowego (Kaplan, Pelcovitz, Salinger, Mandel, Weiner, 1997). O ile pewne wymienione wyżej czynniki ryzyka wystąpienia próby samobójczej mogą być dla otoczenia dostrzegalne, o tyle nikt nie jest w stanie bez przeprowadzenia specjalistycznych badań wychwycić **czynników neuropsychologicznych**, do których należą między innymi: nadczynność układu podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego (Pfeffer, 1996) czy organiczne uszkodzenia lub mikrozaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (Nizel-Simińska, 1970). Wiele badań ma na celu wskazanie **biochemicznych markerów ryzyka samobójstwa**, na przykład takich, jak niski poziom serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym samobójców, choć wskaźnik ten może występować także u osób, które nie targną się na swoje życie. Według jednej interpretacji owego faktu, deficyt tego neuroprzekaźnika ma związek między innymi z trudnościami z kontrolowaniem emocji, skłonnością do używek, zachowań agresywnych oraz podejmowaniem prób samobójczych (Virkkunen, Goldman, Nielsen, Linnoila, 1995).

Samobójstwa a agresja

Z problematyką samobójstw wśród młodzieży łączy się zagadnienie zachowań antyspołecznych i przemocowych w tej grupie. Badania wskazują dodatnią korelację między samobójstwami (usiłowanymi i dokonanymi) a zachowaniami agresywnymi (Plutchik, van Praag, 1997). Osoby dokonujące rozbojów znacznie częściej w porównaniu z jednostkami niemającymi w swojej biografii takich epizodów podejmują próby samobójcze. W grupie pacjentów szpitali psychiatrycznych 40% osób, które podjęły próbę samobójczą, dopuszczało się wcześniej aktów zarówno autoagresji, jak i przemocy wobec innych. Próby samobójcze są także częstym (6 na 10) elementem biografii młodych, agresywnych przestępców. Analiza 36 zmiennych warunkujących ryzyko wystąpienia agresji wykazała, że aż 23 z nich odpowiada jednocześnie za uwarunkowanie autoagresji, a więc także ryzyko samobójstwa (Plutchik, van Praag, 1997). Blisko 90% badanych nastolatków wskazywało **reaktywny motyw próby odebrania sobie życia**, tj. konflikty z najbliższymi, kłopoty w szkole i odrzucenie przez środowisko (Gmitrowicz, Rosa, 2002).

Oglądając „Salę samobójców”, obserwujemy narastające napięcie i agresję Dominika. Początkowo film ukazuje nam wprowadzić dość zrozumiałego i apo-

dyktycznego, ale nieprzejawiającego zachowań agresywnych maturzystę. Kolejne sceny filmu pokazują zmianę w zachowaniu chłopaka: rzucanie telefonem w mórkowym w szatni, sprowokowaną przez niego bójkę w autobusie, krzyki, walenie pięściami w drzwi. Te agresywne reakcje mają także swoje odbicie w rzeczywistości wirtualnej — Dominik stacza pojedynek, a potem zabija internetowego rywala. Badania potwierdzają, że zachowania filmowego bohatera nie odbiegają od rzeczywistości, gdyż epizody agresji są często powtarzającym się wzorcem reagowania przyszłych samobójców (Rostowski, 2002).

Zaburzenia psychiczne jako przyczyna samobójstw

Na pierwszym miejscu wśród przyczyn samobójstw wymienia się różnego rodzaju zaburzenia psychiczne: depresję, zaburzenia osobowości, stany lękowe, nałogowy alkoholizm, nadużywanie środków farmaceutycznych itp., niejednokrotnie skutkujące pobytem w szpitalu psychiatrycznym. Z depresją wiązą się między innymi: obniżony nastrój, apatia, lęk, poczucie winy (Pużyński, 1988), zaburzenie rytmów dobowych, brak apetytu. Według globalnych szacunków WHO objawy depresji występują u 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, u 2% uczniów szkół podstawowych i u 4—8% nastolatków w wieku 13—18 lat. Epizody depresji zdarzają się natomiast u 27—54% nastolatków (Bomba, Orwid, 2008). Depresja u osób młodych może także przybierać postać **masek somatycznych** (ból głowy, brzucha, anoreksja, bulimia, męczliwość itp.). U dzieci często w depresji dominuje niepokój, rozdrażnienie, nadmierna ruchliwość. Objawy te są tak silne, że niejednokrotnie depresję w tej grupie wiekowej diagnozuje się błędnie jako ADHD. Od 30 do 80% osób, które skutecznie dokonały samobójstwa, miało poważne zaburzenia psychiczne (Pużyński, 2002). Zaburzenia osobowości skutkujące niskim poziomem samokontroli, niedojrzałość emocjonalna, nadaktywność, impulsywność oraz deficyty uwagi także są wskaźnikami ryzyka popełnienia samobójstwa. Część samobójców przechodzi krótkie epizody psychotyczne, czasami z tendencjami do myślenia magicznego, mają napady lęku i zaburzenia lękowe (Ohring i in., 1996), ich obraz świata jest dychotomiczny: postrzegają rzeczywistość w kategoriach dobry — zły, czarny — biały, jej interpretacja wychodząca poza te uproszczone podziały staje się niemożliwa. Osoby po próbach samobójczych często także nadużywają alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (Marzuk, Mann, 1988). Agresja i autoagresja mogą w niektórych przypadkach stanowić formę zemsty na bliskich osobach. Impulsywność skutkuje nieprawidłowymi i nieadekwatnymi reakcjami w sytuacjach społecznych, trudnościami w wyrażaniu emocji (na przykład o charakterze seksualnym) w społecznie akceptowany sposób, nadmierną orientacją na poszukiwanie nowych doznań.

Sytuacja społeczna samobójców i ich relacje z otoczeniem

Dla widza „Sali samobójców” historia Dominika rozpoczyna się podczas studniówki. Obserwujemy pocałunek chłopaka z kolegą, uwieczniany przez ich rówieśników za pomocą wmontowanych w telefony komórkowe kamer. Nagranie trafia do sieci. Można powiedzieć, że dramat chłopaka, który doprowadził do jego zamknięcia się w pokoju, zaczyna się wraz z tym pocałunkiem. Wydarzenie na treningu judo, po którym koledzy ogłosili na portalu społecznościowym, że Dominik jest homoseksualistą, było konsekwencją tego, co na studniówce wydawało się żartem i świetną zabawą. Fabuła filmu nie daje ostatecznej odpowiedzi na pytanie o seksualną orientację nastolatka. Ale nawet jeśli Dominik sam nie był jej do końca pewien, nie musiał ujawniać swojej skłonności ku mężczyznom. Kończył szkołę średnią, za chwilę miał zacząć studia, mógł szukać środowiska, w którym taka orientacja byłaby akceptowana. W przypadku mężczyzny heteroseksualnego taki pocałunek mógł zostać przez znajomych zinterpretowany jako żart, wybryk, który zostałby złożony na karb wypitego alkoholu. Dla kogoś wyróżniającego się wyglądem jak Dominik, kogo klasa mogła już wcześniej podejrzewać o homoseksualne skłonności, ten sam gest okazał się podpisem pod wyrokiem skazującym go na ostracyzm. Zachowanie głównego bohatera można próbować tłumaczyć wpływem alkoholu, można jednak też rozważyć tezę, że pocałunek był właśnie poszukiwaniem nowych doznań, ujawnianiem się skrywanych dotąd impulsów. Odbiegające od normy zachowanie chłopaka obserwujemy także po wyjściu rodziny Santorskich z opery. Dominik w towarzystwie rodziców, ministra oraz jego córki, oznajmia że jest gejem i zaczyna namiętnie całować marmurowe popiersie. Ów wybryk, stanowiący swoisty *acting out* (zachowanie, przez które bezpośrednio wyrażane są nieuświadomione impulsy), wywołuje wściekłość rodziców Dominika, czują się jego zachowaniem upokorzeni i nie szczędzą synowi wyrzutów. Rozmowa w samochodzie jest dobrą ilustracją relacji panujących w rodzinie Dominika, poziomu wzajemnego zaufania i szczerości jej członków.

Najważniejsza scena — w operze

(41:00—42:15 minuta filmu)

Ojciec do Dominika: „W dupie ci się przewróciło. Wszystko masz. (...) nie jesteś żadnym gejem. — Nawet jeśli jesteś, to zachowaj to dla siebie. Ludziom nie mówi się takich rzeczy. Kogo to obchodzi? Ja nie chcę o tym wiedzieć. Minister na pewno nie musi o tym wiedzieć.”

Osoby podejmujące próby samobójcze często dokonują także samookaleceń (Brent, 1997). Pierwsze obserwowane przez widza zetknięcie Dominika ze środowiskiem samobójców następuje, gdy chłopak trafia w sieci na filmik, na

którym widać, jak ktoś wycina sobie żyłką serce na przedramieniu. Filmowy obraz opatrzony jest podpisem: „Krwawię, cicho żyjąc”. Między autorką nagrania Sylwią a bohaterem filmu wywiązuje się dialog. Dominik pisze „Żyję cicho krwawiąc” — „Świat zamknięty, rany otwarte, otwarty świat, rany zamknięte”. Ta wymiana zdań obrazuje sytuację nastolatków na początku ich znajomości. Chłopak stopniowo poznaje świat Sylwii, dowiaduje się, że dziewczyna od trzech lat nie wychodzi z domu, a jej „przyjaciółkami są żyłki, mają ostre języki”. Sylwia zlizuje ściekającą po jej przedramieniu krew. Z chwilą obejrzenia nagrania Dominik zostaje wciągnięty w zupełnie inny, nieznany mu dotąd świat. Wcześniej ten sam film oglądała jedna z koleżanek Dominika, jednak wydaje się, że na niej scena samookaleczania się Sylwii nie zrobiła większego wrażenia. Prawdopodobnie obraz ten był w największym stopniu sugestywny dla ludzi posiadających konglomerację odpowiednich cech osobowości, co potwierdzają wyniki badań, z których wynika, że samobójcy bardziej niż inne osoby są skłonni naśladować zachowania suicydalne (por. Czabański, 2002).

Usiłowanie popełnienia samobójstwa może czasami być sposobem na osiągnięcie przez jednostkę określonego, ważnego dla niej celu. Zdarzają się na przykład próby powstrzymania odejścia ukochanej osoby za pomocą zachowań autoagresywnych. Miłość popycha do samozagłady również w sytuacji, gdy umiera bliska komuś osoba. Życie bez niej traci sens, a śmierć wydaje się jedynym rozwiązaniem. Egzystencjalna pustka spowodowana chronicznym stresem, wewnętrznym bólem, pragnieniem ucieczki od otaczającej rzeczywistości, może prowadzić do chęci targnięcia się na własne życie. Do psychologicznych deficytów samobójców zalicza się także między innymi: osamotnienie, nieadekwatną ocenę własnych możliwości i zdolności, frustrację, stres, kryzys wartości, brak poczucia bezpieczeństwa. U dzieci i młodzieży częstym motywem samobójstwa są niepowodzenia w szkole. Wśród przebadanych dzieci — pacjentów Oddziału Psychiatrii Dziecięco-Młodzieżowej Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiej Akademii Medycznej, problemy w szkole miało 54% dziewczynek i 85% chłopców (Kozłowska, Owczarek, Florkowski, Gruszczyński, 2002). Kolejny motyw to konflikty z rodzicami (często właśnie na tle niepowodzeń szkolnych) oraz zawód miłosny, a także niezaspokojone potrzeby biologiczne. Pesymistyczna ocena przez samobójcę swoich zasobów i talentów, nierzadko skonfrontowana z wysokimi wymaganiami otoczenia, skutkuje niedostrzeganiem własnych sukcesów i bolesnym poczuciem porażki. Osoby, które podejmują próby samobójcze, spostrzegają siebie jako ludzi bezradnych i słabych, mają zaniżoną samoocenę, cechuje je także **wyuczona bezradność**, która sprawia, że nie umieją radzić sobie w trudnych sytuacjach. Wyuczona bezradność uniemożliwia im zastosowanie strategii zaradczych, powoduje, że nie dostrzegają związku między własnym zachowaniem a tym co ich spotyka. Samobójców charakteryzuje bardziej pesymistyczny styl wyjaśniania wydarzeń, niższa samoocena globalna oraz brak dążenia do istotnie większej odrębności od innych (Szałański, 2002A).

Czynnikiem mającym niebagatelny wpływ na podjęcie decyzji o samobójstwie jest ubóstwo kontaktów społecznych samobójcy. Osoby podejmujące decyzję o odebraniu sobie życia doświadczają poczucia głębokiej alienacji i wykluczenia. **Alienację** określa się jako przeświadczenie jednostki o tym, że pewne elementy i obszary otaczającej rzeczywistości są obce i nie dają szans na zrealizowanie jej potrzeb (Kmieciak-Baran, 1995). Izolacja, brak kontaktów z grupą rówieśniczą, konieczność polegania tylko na sobie oraz poczucie osamotnienia sprzyjają podejmowaniu prób samobójczych. Przyczyną działań autoagresywnych podejmowanych przez osoby młode często są zaburzone relacje w rodzinie. Współczynnik rozwodów, liczba rodzin niepełnych, dysfunkcyjnych, przemieszanie ról czy wreszcie spowodowana kryzysami ekonomicznymi i pogarszającą się sytuacją materialną społeczeństwa pogoń za pieniądzem powodują, że współczesna rodzina przechodzi kryzys. Najwięcej samobójców wśród młodzieży wywodzi się z rodzin robotniczych i dysfunkcyjnych, ale także w na pozór prawidłowo funkcjonujących systemach rodzinnych mogą występować przejawy przemocy wobec dzieci, odrzucenia ich, pogardy i braku zainteresowania, a czynniki te mogą pchnąć nastolatka ku odebraniu sobie życia. Obecnie rodziny są niewielkie liczebnie, często oboje rodziców pracują, a każdy ich członek wykonuje kilka ról społecznych, które niejednokrotnie są ze sobą sprzeczne. Ograniczona powierzchnia mieszkaniowa powoduje, że poszczególni członkowie rodzin często nie mają pomieszczenia na swój wyłączny użytek. Zajęci sobą uczestnicy rodzinnego systemu mijają się w ciągu dnia, matki pracują, młodzi ludzie nie znajdują w rodzinie oparcia, brak jest międzypokoleniowego transferu wiedzy i wartości czy rodzinnego kultywowania tradycji. Bolączką współczesnych rodzin są też nałogi — alkoholizm, narkomania oraz nowe uzależnienia od internetu czy od automatów do gier. Trudności w rozwoju młodego człowieka mogą być spowodowane zarówno złą sytuacją materialną i niskim statusem społecznym rodziny, jak i sytuacją odwrotną, kiedy młody człowiek dojrzewa w warunkach dobrobytu lub wręcz (co ma miejsce w domu Santorskich) materialnego przesytu. Sytuacja nastolatka „chowanego pod kloszem”, dowożonego w każde miejsce przez prywatnego kierowcę, uczącego się w prywatnej szkole i dostającego wszystko (z rzeczy materialnych), czego zapragnie, jest dla rozwoju młodego człowieka prawdopodobnie równie niekorzystna jak warunki życia osoby ubogiej.

Kolejnymi czynnikami mającymi wpływ na decyzję o samobójstwie są wcześniejsze takie akty w rodzinie, tendencje do samookaleczenia się, a także częste w przypadku samobójców sugerowanie się tego rodzaju aktami u innych osób. Dla bohatera „Sali samobójców” ucieczką był świat wirtualny, ludzie poznani za pośrednictwem internetu stali się dla niego bliżsi i ważniejsi niż rodzina, dali mu poczucie bycia akceptowanym, nie wymagając praktycznie niczego w zamian. Wyizolowanie Dominika z grupy rówieśniczej, wciąż zajęci rodzice, wychowanie w warunkach emocjonalnego chłodu, który jego opiekunowie usiłowali rekompensować zaspokajaniem potrzeb materialnych, sprawiły, że Sala samobójców

stała się dla niego miejscem ucieczki, wymarzonego spokoju, enklawą, w której był kimś ważnym i szanowanym przez innych. Sympatia Sylwii, władczyni Sali, dała mu pozór bliskości, relacji, rekompensowała mu także niską pozycję w gronie rówieśników i szykany z powodu domniemanego homoseksualizmu. Paradoksalnie, dla Dominika internet stał się domem, a jednocześnie to właśnie za pośrednictwem tego medium doświadczał najgłębszych upokorzeń. Sieć oferuje współczesnemu człowiekowi wszystko — począwszy od możliwości skonstruowania nowego, „idealnego” życia, aż po możliwość doświadczenia śmierci — cudzej lub własnej.

Samobójstwa młodzieży a szkoła

Wielu autorów zwraca uwagę, że wśród czynników zwiększających ryzyko samobójstw wśród młodzieży ważną rolę odgrywają te związane ze szkołą (Gould, Greenberg, Velting, Shaffer, 2003). Wysokie wymagania rodziców i nauczycieli, oczekiwanie od młodego człowieka sukcesów bez udzielania mu wsparcia, bezosobowe podejście nauczycieli do uczniów, brak jasno określonych zasad lub zbyt surowa dyscyplina — wszystko to sprawia, że szkoła może stać się powodem podjęcia przez młodego człowieka próby samobójczej. O szkole bohatera „Sali samobójców” wiemy niewiele poza tym, że jest to renomowane, bardzo drogie prywatne liceum. W miarę rozwoju fabuły dowiadujemy się jednak, że nastolatek nie chce do niej wrócić, a nie chodzi do niej już od kilku tygodni. W całym filmie nie widać także ani kontaktu na linii szkoła — rodzice, ani prób dociekania wychowawcy, dlaczego jeden z jego uczniów nagle, tuż przed maturą, przestał uczęszczać na lekcje. Rówieśnicy Dominika również nie wykazują żadnej reakcji na jego zniknięcie. Wśród jego kolegów i koleżanek nie znajduje się ani jedna osoba, która zadzwoniłaby lub przyszła do chłopaka, by spytać go o powody jego absencji. Szkoła nie jest więc dla Dominika miejscem przyjaznym, otoczeniem, w którym mógłby znaleźć wsparcie, jakiego nie otrzymał od rodziców.

Zespół presuicydalny

Badacze twierdzą, że u części osób chorych na depresję utrzymuje się przewlekłe tzw. **zespół presuicydalny**, charakteryzujący się lękiem, niepokojem, poczuciem niskiej wartości, autoagresją oraz wycofaniem się z rzeczywistości

i ucieczką w świat marzeń i rozważań o samobójstwie jako rozwiązaniu problemów. U przyszłego samobójcy najpierw pojawiają się myśli samobójcze, wyobrażenia własnego pogrzebu, rozpacz otoczenia, potem zamiary samobójcze, obejmujące poszukiwanie informacji o skutecznych sposobach odebrania sobie życia i czasem testowanie ich, a wreszcie u części takich osób dochodzi do samobójstwa. Zdecydowana większość samobójców mówi o swoim zamiarze wcześniej, gromadzi narzędzia, układa plan. 80% przyszłych samobójców usiłuje, za pomocą werbalnych i niewerbalnych komunikatów, ostrzec otoczenie o swoim zamiarze. 25% szuka pomocy u dorosłych i nie znajduje jej (Resnick i in., 1997). Jakiś czas przed podjęciem próby samobójczej u ofiar często można zaobserwować nagromadzenie negatywnych emocji: poczucie krzywdy, złość, smutek, silne podekscytowanie, obawy o swoją przyszłość oraz frustrację i poczucie zagrożenia. Samobójców cechuje także tunelowa wizja rzeczywistości i myślenie kompulsywne, skoncentrowane na sposobie popełnienia samobójstwa i uldze, jaką ma ono przynieść.

Sygnały informujące o zamiarze popełnienia przez kogoś samobójstwa możemy podzielić na wczesne oraz sygnały wysokiego zagrożenia. Do wczesnych sygnałów ostrzegawczych należą:

- wycofanie się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi;
- utrata zainteresowania rozrywkami, rzeczami i czynnościami, które wcześniej dla tej osoby były ważne;
- trudności w szkole, gorsze oceny, problemy z koncentracją;
- zmiana zachowania i wyraźne zmiany nastroju;
- odczuwanie dolegliwości fizycznych związanych z emocjami (np. bóle głowy i brzucha);
- zmiana wcześniejszych zwyczajów związanych z jedzeniem i snem (brak lub nadmierny apetyt, bezsenność lub chęć nieustannego spania);
- ciągłe znużenie;
- wyraźne zainteresowanie sprawami związanymi ze śmiercią;
- tworzenie wierszy lub rysunków o tematyce związanej ze śmiercią.

Sygnały alarmujące, wysokiego zagrożenia to:

- wypowiadanie komunikatów o braku sensu życia lub zdań typu: „to nic nie da”, „niedługo dla nikogo nie będę problemem”, „chciałbym umrzeć”, „po co się urodziłem” itp.;
- rozdawanie przedmiotów, które miały dla nastolatka dużą wartość, szukanie nowego właściciela dla zwierzęcia domowego;
- ignorowanie pozytywnych komunikatów, nagród i pochwał;
- planowanie samobójstwa, rozmawianie o nim, pisanie testamentu;
- używanie alkoholu lub narkotyków, próby odurzenia, znieczulania;
- akty agresji, przemocy, impulsywność;
- odrzucanie pomocy, przekonanie, że będzie ona nieskuteczna;
- poczucie „gnicia od środka”;

— nagle przejścia od depresyjnego nastroju do stanu spokoju i zadowolenia (najczęściej oznaczające podjęcie ostatecznej decyzji o samobójstwie) (Szymańska, 1997; Lazear, Roggenbaum, Blase, 2003).

Dominik zabił się przy pomocy tabletek, które zdobył dla Sylwii. O możliwości podjęcia próby samobójczej w jego przypadku mogła jednak alarmować nagła, całkowita zmiana zachowania chłopaka — odizolowanie się od świata, zamknięcie się w swoim pokoju, zerwanie kontaktów z rówieśnikami i pogrążenie się w wirtualnym świecie. Dominik tuż przed maturą porzuca także naukę w swoim renomowanym liceum, nie zważając na konsekwencje, jakie to może mieć dla jego dalszej edukacji i zawodowej przyszłości. Chłopak traci zainteresowanie nie tylko szkołą, ale porzuca też wszystkie dotychczasowe pasje i rezygnuje ze swoich ulubionych zajęć. Jego świat zaczyna się ograniczać do komputerowego ekranu i internetowej społeczności samobójców. Gospościa Santorskich wyrzuca kolejne niezjedzone kanapki. Zachowanie nastolatka ulega radykalnej zmianie, następują u niego powtarzające się wybuchy agresji, aż w końcu chłopak dokonuje samookaleczenia. Odrzuca pomoc rodziców, drąc list, jaki do niego napisali i kpiąc z jego treści. Oglądając końcowe sceny „Sali samobójców”, można odnieść wrażenie, że w przypadku Dominika akt samozagłady nie był efektem wcześniej powziętego postanowienia ani realizacją ułożonego planu, lecz raczej wynikiem rozczarowania i osamotnienia chłopaka. Nastolatek został tak mocno zmanipulowany, że poczuł, iż znajduje się w sytuacji bez wyjścia. Chłopak do końca usiłował przekonać Sylwię, że to, co zamierza ona zrobić (popęłnić samobójstwo), jest pozbawione sensu. Kiedy Dominik rozmawia z psychiatrą przez drzwi, nie sposób nie odnieść wrażenia, że jego słowa: „jak można chcieć odebrać sobie najcenniejszy dar?” (77:30—77:35 minuta filmu) skierowane są właśnie do Sylwii. Przyjmuje się, że właściwie na każdym etapie planowania samobójstwa możliwe jest powstrzymanie tego procesu przez udzielenie osobie znajdującej się w kryzysie odpowiedniej pomocy. Otoczenie Dominika zbagatelizowało liczne wysyłane przez niego sygnały ostrzegawcze. Najgorsze nastąpiło wtedy, kiedy mogło się wydawać, że rodzicom udało się wreszcie nawiązać kontakt z synem, zyskać jego zaufanie i zrozumieć go.

Dominik jest żywym przykładem najbardziej współcześnie pożądanego modelu nastolatka — dobrze ubrany, bogaty, rozrywkowy, mający przed sobą świetlaną przyszłość. Po drugiej stronie internetowego łącza zasiada Sylwia — dziewczyna z niezmiennej, robotniczej rodziny, mieszkająca w blokowisku, jakich w Polsce wiele. W realnym świecie ci młodzi ludzie prawdopodobnie nie mieliby szans się spotkać. Nawet gdyby natknęli się na siebie przypadkiem, bogaty, zrozumiąłby chłopak najpewniej nie poczułby sympatii do ekscentrycznie wyglądającej, prostej dziewczyny. W realnym świecie Sylwia jest nikim, w Sali samobójców natomiast pełni rolę królowej, w kontaktach z nią obowiązuje specjalna etykieta. Sytuacja Dominika jest zupełnie odwrotna — na co dzień wymaga, by traktować go ze szczególnymi względami (na przykład gdy upomina recepcjonistkę, że ma zwracać się do niego *per pan*: 10:20—10:35 minuta filmu). W Sali samobójców

być może po raz pierwszy w życiu to on musi walczyć o czyjeś względy i dostosować się do panujących zasad. Paradoksalnie właśnie w świecie wirtualnym chłopak po raz pierwszy ma okazję doświadczyć realiów panujących w normalnym życiu — konieczności dostrojenia się, zajmowania nieuprzywilejowanej pozycji. Role i pozycja nastolatków w internecie ulegają niejako odwróceniu. Dominik przeżywa w wirtualnym świecie także całkiem prawdziwą miłość, której nie doświadczył w rzeczywistości. Jego emocje są realne, boleśnie rzeczywiste. W sieci przeżywa z Sylwią upojne chwile pod powierzchnią oceanu, w realnym świecie po raz kolejny spotyka się z odrzuceniem — nie może spotkać Sylwii, nie może poczuć jej fizycznie — może jedynie zasypiać wpatrzony w jej twarz na ekranie komputera. I niejako automatycznie nasuwa się wniosek, że Dominik nie zaplanował swojej śmierci, ale stanowiła ona tragiczny finał fascynacji osobą Sylwii. Jego historia zatacza koło — internet sprawił, że został wyizolowany ze środowiska rówieśników, w wirtualnym świecie znalazł ludzi, którzy stali się dla niego jak rodzina, a w końcu do sieci trafia film pokazujący, jak chłopak kona.

„To coś więcej niż gra, to Sala samobójców, tworzymy ją długo” — internetowe pakt samobójcze

W internecie można znaleźć setki stron, na których zamieszczono omówienia sposobów popełnienia samobójstwa. Według art. 151 Kodeksu Karnego tworzenie i publikowanie takich „instrukcji dla samobójców” jest dopuszczalne. Ustawodawstwo przewiduje karę do pięciu lat pozbawienia wolności dla osoby namawiającej do samobójstwa dopiero w sytuacji, gdy ktoś owych namów posłucha, czyli wówczas, gdy autor instrukcji zostanie uznany za winnego namawiania lub udzielania pomocy w czymś targnięciu się na własne życie. Jednak by wyciągnąć wobec autora instrukcji konsekwencje, potrzebne jest zgłoszenie przestępstwa, a to z oczywistych względów bywa niemożliwe.

Witryny internetowe samobójców

W polskim internecie funkcjonuje wiele witryn dla samobójców. Szerokim echem odbił się przypadek piętnastolatki prowadzącej opowiadający o samobójstwie blog (Cieślak, Zaczyński, Szafrńska, 2004). Blog „umarł” po skoku dziewczyny z dziesiątego piętra, ale codziennie w sieci pojawiają się kolejne witryny tego typu. Kolejnym przykładem samobójstwa, na które niebagatelny (choć różny od opisanego powyżej) wpływ miał internet, był przypadek czternastoletniej Ani. Dziewczynę w szkole rozebrali koledzy, dotykali ją, a następnie zapowiedzieli umieszczenie filmu przedstawiającego to wydarzenie w sieci. Nastolatka popełniła samobójstwo (Abramowicz, Gruszczyńska, 2006; *Samobójstwo Ani: odzyskano film z zajęcia w klasie*).

Tytułowa Sala samobójców jest wirtualną platformą *second life*, na której spotykają się osoby zamierzające (lub przynajmniej tak deklarujące) popełnić samobójstwo. **Second life** to wirtualny świat stwarzający użytkownikom możliwość dowolnego kształtowania zarówno otoczenia, jak i wyglądu oraz sposobu bycia postaci, w którą się wcielają. Tło owego świata jest nieraz identyczne z rzeczywistym otoczeniem jego uczestników, może ono jednak również (jak w przypadku Sali samobójców) być baśniową scenerią stylizowaną na odległą epokę czy miejsca. Tak więc użytkownicy mają możliwość dowolnego wyboru swojego wyglądu (tzw. awatara), który może być na bieżąco modyfikowany. *Second life* stanowi coś w rodzaju portalu społecznościowego podobnego do popularnego facebooka, jednak różni się od niego możliwością wcielania się w dowolną, wymyśloną rolę i nadawania sobie nowej tożsamości. Oczywiście, tego typu przypadki „ulepszania” realnego życia mają także miejsce na zwykłych portalach społecznościowych, jednak w *second life* jest to wręcz pożądaną normą. Na tego rodzaju platformach można być smokiem, mitycznym zwierzęciem, elfem czy innym bohaterem znanym z historii z gatunku fantasy. Co ciekawe, główni bohaterowie „Sali samobójców” nie zmieniają swojej tożsamości, wyglądu czy usposobienia. Jedynym członkiem tej społeczności, który wygląda inaczej niż w rzeczywistości, jest Minotaur. Kiedy jeden z bywalców Sali buntuje się i oskarża Sylwią o manipulację, zdradza jednocześnie, że osoba kryjąca się pod tym awatarem w rzeczywistości jest niepełnosprawna. W wirtualnym świecie *second life* każdy może być kim chce, niezależnie od tego, kim jest naprawdę.

Badacze samobójstw wśród młodzieży opisują swoiste pakiety samobójcze, podobne do tych, jakie zostały ukazane w „Sali samobójców”. Nazywają to zjawisko **samobójstwami „zaraźliwymi”**, czy inaczej — epidemią samobójstw (Anthony, 1994). Według naukowców zdarzają się samobójstwa dokonane w podobnym czasie i miejscu, a także przy użyciu tych samych metod, co może oznaczać, że tragedie były w jakiś sposób powiązane lub wzajemnie sobą inicjowane. Jeśli na zbliżonym obszarze, w niewielkim odstępie czasowym, zdarzą się minimum trzy podobne przypadki samobójstwa, można je nazwać „zaraźliwymi” (Berman, Jobes, 1991). Członkowie Sali samobójców dyskutują o możliwych sposobach i czasie odebrania sobie życia. Kibicują sobie wzajemnie i namawiają się do podjęcia działań ostatecznych. Wyjątkiem jest Dominik, który przez cały czas swojego pobytu w Sali, podczas rozmów z Sylwią i psychiatrą wyraża swoją opinię na temat samobójców:

Szczerze to ja nie rozumiem samobójców. Bo żeby żyć, trzeba mieć odwagę, a samobójcy to tchórze, tchórze i narcystyczni egoiści, którzy myślą, że wszystko kręci się wokół nich. (...) Ja tego nie rozumiem i nie chcę tego rozumieć. Przecież życie jest po to, żeby dawać jak najwięcej innym ludziom... (77:05—78:10 minuta filmu).

Osoby młode są bardzo podatne na sugestię i skłonne do naśladownictwa, duże znaczenie mają dla nich także więzi społeczne. Wśród młodzieży funkcjonują tzw. **pakty samobójcze**, czyli zgromadzenia osób chcących popełnić samobójstwo lub samoookaleczających się. Członkowie tych grup rozmawiają także o samobójstwie i przygotowują narzędzia do jego realizacji. Sala samobójców była właśnie swoistym paktem samobójczym. Czasem samobójstwo jednej osoby prowokuje odebranie sobie życia przez kolejne, które chcą w ten sposób uniknąć bolesnej separacji lub uwolnić się od poczucia winy, że nie zapobiegli śmierci kogoś bliskiego (Hoff, 1994; Berman, Jobes, 1991). Z wywiadów przeprowadzanych z młodymi ludźmi mającymi za sobą próby samobójcze wynika, że mieli oni znajomych, którzy również próbowali targnąć się na swoje życie. W 1990 roku w Poznaniu zanotowano przypadki otruwania się uczniów jednej z tamtejszych szkół tabletkami Reladormu i Relanium. Jedna z dziewcząt powiedziała, że połknęła tabletki, ponieważ było to w szkole modne. W latach 1986—1987 zanotowano dwa pakiety samobójcze pracowników Ochotniczych Hufców Pracy poznańskich szpitali. Targnięcie się na swoje życie w tych przypadkach znacznie ułatwił dostęp do szpitalnych środków farmakologicznych. W badaniach (Czabański, 2002) stwierdzono, że w latach 1986—1998 na terenie Poznania miały miejsce 43 próby samobójcze, w których brała udział więcej niż jedna osoba. Samobójcy często chodzili do jednej klasy lub szkoły, mieszkali blisko siebie bądź też w domu dziecka czy ośrodka wychowawczym. Samobójstwa te popełniały najczęściej diady jednopłciowe, choć przy próbach samobójczych z udziałem większej ilości osób ta prawidłowość nie zawsze się potwierdzała. Zdarzają się także pakiety samobójcze w rodzinie. Do zawierania takich paktów skłania młode osoby głównie lojalność wobec partnera tego rodzaju umowy. Jedna z osób ma najczęściej konkretny powód, dla którego chce się zabić i wywiera wpływ na partnera, który w wyniku tego oddziaływania zgadza się jej towarzyszyć. Innym powodem podjęcia tego kroku jest splót w życiu dwóch lub dwojga młodych ludzi podobnych okoliczności skłaniających ich do odebrania sobie życia. Zachowania mające charakter swoistych paktów samobójczych dużo rzadziej występują wśród dorosłych (wyłączając samobójstwa zbiorowe członków sekt) — w tej grupie stanowią one jedynie 0,007% samobójstw i dotyczą głównie par kochanków i małżeństw (Lester, 1997).

W przypadku paktów wieloosobowych występuje prawidłowość, że im więcej osób w takim pakcie uczestniczy, tym mniej potrzeba nacisku na partnerów biernych. W tych grupach jest także więcej gestów zachęcających do popełnienia samobójstwa niż służących temu komunikatów werbalnych. W paktach takich działają różnego rodzaju mechanizmy psychologiczne. Jednym z nich jest rozproszenie odpowiedzialności za czyn, ma miejsce tzw. efekt liberalizacji, który sprawia, że jednostka zachowuje się w sposób, który nie jest do końca zgodny z jej standardami, ale pokrywa się z przekonaniami dominującymi w społeczności (por. Czabański, 2002). W grupach skupiających osoby zamierzające popełnić samobójstwo następuje także przesunięcie ryzyka. Osoby planujące zadanie so-

bie śmierci boją się cierpienia, ale dyskutują i dokonują oceny sytuacji z innymi członkami grupy. To, co jednej osobie wydaje się ryzykowne, cała grupa postrzega już jako mniej niebezpieczne. Istnieje kilka rodzajów paktów samobójczych, których efektem mogą być:

- śmierć wszystkich osób biorących udział w pakcie;
- śmierć niektórych osób;
- próba samobójcza bez ofiar śmiertelnych;
- rozwiązywanie paktu niezakończony próbą samobójczą.

Internet w znaczący sposób ułatwił powstawanie i funkcjonowanie paktów samobójczych, dużo prościej bowiem znaleźć osoby o skłonnościach samobójczych w sieci, gdzie jest się anonimowym, bez wychodzenia z domu, niż spotkać je w realnym życiu. W sieci łatwo też znaleźć i przyciągnąć do siebie osoby samotne i zagubione. Internet daje członkom paktów samobójczych wszystko — możliwość bycia w stałym kontakcie, nieustannego rozmawiania o swoich zamiarach, a wreszcie jest kopalnią pomysłów i sposobów na odebranie sobie życia.

Internetowe pakt samobójczy

Młoda Japonka zamieściła w Internecie ogłoszenie, że szuka towarzystwa do popełnienia samobójstwa (Cieślak i in., 2004; Samuels, 2007). Kilka dni później, wraz z poznanymi za pośrednictwem sieci dziewczynami, rozпалиły w namiocie ogień w piecyku węglowym i zażyły tabletki. Żyjące jeszcze dziewczyny zostały znalezione przez policję, jednak jakiś czas później inicjatorka tego aktu po raz kolejny dała podobne ogłoszenie, reklamując się „że ma doświadczenie w popełnianiu samobójstw”. Wraz z ośmiorgiem chętnych wypożyczyli samochody, zakleili okna taśmą klejącą i rozpalili w środku piecyki, które pochłonęły tlen z samochodów. W ciągu późniejszych czterech tygodni znaleziono pięć samochodów, w których młodzi ludzie zabili się w identyczny sposób. W ciągu dwóch lat, między 2003 a 2005 rokiem, odnotowano w Japonii 61 paktów samobójczych przygotowanych za pośrednictwem internetu. Wszystkie samobójstwa zostały popełnione w ten sam sposób, gdyż wśród internautów krążyły opowieści, że taka śmierć jest bezbolesna i przypomina odejście we śnie. W życiu wielu młodych Japończyków obecny jest syndrom tak zwanego hikikomori (zob. Materiały dodatkowe) — zupełnego wycofania społecznego (Gajewski, 2010). Młodzi ludzie spędzają miesiące, a nawet lata zamknięci w swoich pokojach. W Sali samobójców syndrom ten, będący w istocie chorobą o podłożu emocjonalno-psychicznym, możemy obserwować w zachowaniu Sylwii. Prawda jest jednak taka, że hikikomori występuje głównie w krajach Dalekiego Wschodu (Japonia, Korea Południowa, Chiny, Singapur, Tajwan) i dotyczy zazwyczaj młodych mężczyzn. Syndrom ten związany jest bowiem w dużej mierze z kolektywizmem owych kultur. Wzrost liczby samobójstw w Japonii wiąże się także z wydaniem w 1993 roku książki zatytułowanej „Kompletny podręcznik samobójstwa” autorstwa Wataru Tsurumi. Znaleźć w niej można ilustrowane obrazkowymi historyjkami opisy metod odebrania sobie życia. Publikacja zyskała bardzo dużą popularność, a sam autor nie widzi w swoim dziele nic szkodliwego.

Badania wykazały, że wzrost liczby samobójstw notuje się każdorazowo po samobójczej śmierci osoby sławnej i podziwianej przez młodzież (Philips, 1974). Zgonów jest tym więcej, im bardziej śmierć idola została nagłośniona w mediach. David Philips owo zjawisko nazwał **efektem Wertera**, gdyż po raz pierwszy prawidłowość tę zaobserwowano po publikacji słynnej książki Goethego. Liczba samobójstw wzrosła wówczas tak znacznie, że w niektórych krajach wręcz zakazano wydania owego dzieła. Z tego samego powodu istotne jest, by takie filmy, jak na przykład omawiana „Sala samobójców”, młodzi ludzie oglądali w towarzystwie osób dorosłych, które będą potrafiły ich przekonać, że przedstawione w filmie postępowanie ich rówieśników nie jest warte naśladowania. Na wielu internetowych forach dyskusyjnych można przeczytać komentarze nastolatków zachwyconych filmem i jego bohaterami. Sugestywne animacje i trafiające do młodych ludzi dialogi, a także atrakcyjność fizyczna głównego bohatera mogą sprawić, że znajdzie on swoich naśladowców w rzeczywistym świecie. Samobójstwo idola lub atrakcyjnego bohatera, takiego, któremu się w życiu powodzi, dodatkowo wzmacnia efekt modelowania, gdyż rodzi refleksję: jeśli on miał wszystko i się zabił, to dlaczego ja miałbym żyć?

Sztuka inspirowana samobójstwem

„Norway.today” to sztuka teatralna Igora Bauersimy. Impulsem do jej napisania była śmierć mieszkańca Oslo — dwudziestoczteroletni mężczyzna poszukiwał w internecie osoby, która popełni z nim samobójstwo. Na apel odpowiedziała siedemnastolatka z Austrii. Skoczyli razem z sześciusetmetrowej skały w wody norweskiego fiordu. Sztukę można było obejrzeć także w Polsce: <http://www.pora.pl/event/norway-today>

Wydaje się, że związek internetu z samobójstwami jest wieloaspektowy. Można tu wymienić:

- samobójstwa popełnione „w internecie” — do tej kategorii można zaliczyć przypadki odebrania sobie życia transmitowane na żywo, z wykorzystaniem kamery internetowej, podczas gdy inni użytkownicy sieci mogą w czasie rzeczywistym obserwować przebieg zdarzeń, a często także, przez zamieszczane na czacie czy przekazywane za pośrednictwem komunikatora skype komentarze, mieć wpływ na rozgrywającą się tragedię;
- samobójstwa będące wynikiem planowego działania grup, których członkowie poznali się przez internet lub znali się jedynie ze świata wirtualnego; w tej grupie znajdują się osoby, które za pośrednictwem sieci umawiają się na wspólne popełnienia samobójstwa i w niektórych przypadkach robią to razem, spotykając się w realnym świecie, w innych zaś podejmują próbę samobójczą w jednym czasie, w ten sam sposób, znajdując się jednak w oddaleniu od siebie;
- samobójcze grupy wsparcia — społeczności internetowe kibicujące osobom zamierzającym popełnić samobójstwo i namawiające ich do jego dokonania;

- samobójstwa popełnione według instrukcji zamieszczonych w internecie — w tej grupie znajdują się przypadki, w których samobójcy zaczerpnęli sposób targnięcia się na swoje życie z internetowych witryn;
- samobójstwa popełnione z powodu internetu — czyny suicydalne dokonane pod wpływem upokorzenia doznanego za pośrednictwem sieci (publikacji upokarzającego filmu, upublicznienia wstydlivych faktów z życia itp.) lub z powodu problemów z otoczeniem społecznym, mających swoje odbicie i rozgrywających się na przykład na łamach portali społecznościowych (drwiące komentarze, obraźliwe epitetety lub wykluczenie z grupy, internetowy ostracyzm).

Doszukiwanie się wpływu internetu na zachowania samobójcze wydaje się uzasadnione między innymi policyjnymi doniesieniami na temat przyczyn podejmowania prób samobójczych. Ofiary należące do poszczególnych grup mogły poszukiwać w sieci zupełnie odmiennych informacji czy zaspokajać za jej pośrednictwem różne potrzeby, ale skutek w każdym przypadku był taki sam — samozagłada.

Samobójstwo na żywo w Internecie

W nocy z 26 na 27 stycznia 2009 roku, na portalu Czateria (www.interia.pl), dwudziestosiedmioletni mężczyzna odebrał sobie życie. Samobójca transmitował swoją śmierć za pomocą łączy internetowych — inni użytkownicy sieci mogli ją oglądać na żywo (Kobiałka, 2009; Mękarska, 2009A, B; *Samobójstwo na czaterii*).

Internetowe źródła donoszą, że tego rodzaju przypadków jest znacznie więcej (Iwaniuk, 2009; Pietrzak, 2007; *Popęłił samobójstwo „na żywo” w sieci*). Przy obecnym zaawansowaniu technicznym internauci mogą nie tylko oglądać filmy zamieszczone przez innych użytkowników sieci, ale także je na żywo komentować i wpływać na działania innych ludzi. Komentarze internautów pojawiły się zarówno w przypadku wspomnianego wcześniej dwudziestosiedmiolatka, jak i innych ofiar. Niejednokrotnie widzowie owych tragicznych igrzysk nie tylko nie robili nic, by samobójcę powstrzymać, ale nawet zachęcali go do wprowadzenia swego zamiaru w czyn.

Sieć wpływa na młodych ludzi w jeszcze jeden, bardzo ważny sposób. To właśnie za pośrednictwem internetu młodzież najczęściej dowiaduje się o największych kataklizmach i tragediach, jakie wydarzają się na świecie, a zapracowani i często nieobecni rodzice nie pomagają w znalezieniu właściwej interpretacji zdarzeń. Młodzi ludzie nie wiedzą także gdzie poza rodziną mogliby szukać pomocy. U nastolatka, który pesymistycznie patrzy na świat, zamieszczane w internecie sugestywne obrazy katastrof mogą powodować pogłębienie czarnowidztwa.

„Nasza historia już została opowiedziana,
my odchodzimy, a wy zostaniecie” —
interwencja kryzysowa w sytuacji zagrożenia samobójstwem
osoby nieletniej

Często nawet najbliższym dla nastolatków osobom trudno zrozumieć, skąd biorą się u nich myśli samobójcze. Ich otoczenie ma poczucie odrzucenia i poniżenia. Rodzice sięgają po argumenty dotyczące tego, jak wiele dla dziecka poświęcili i jak wiele ono dla nich znaczy. Czują się wobec jego suicydalnych zamiarów bezwartościowi i bezradni, często także doświadczają silnego poczucia winy. Śmierć samobójcza (zwłaszcza jeśli jej ofiarą jest nieletni) pozostawia po sobie głęboki żal i znacznie obniża poczucie własnej wartości najbliższych denata. Nie da się jej wytłumaczyć nieuchronnością przemijania czy brakiem możliwości udzielenia pomocy, z jaką zwykle mamy do czynienia przy odchodzeniu bliskiej osoby na skutek nieuleczalnej choroby. Najbliżsi denata nie mogą się uwolnić od bolesnej myśli, że być może dało się zapobiec tragedii. Wyrzucają sobie brak zrozumienia dla problemów nastolatka. Dorosłym okres dojrzewania jawi się najczęściej jako czas względnie beztroski, w którym młody człowiek boryka się jedynie z błahymi (z ich punktu widzenia) problemami, takimi jak nieodwzajemniona miłość czy szkolne niepowodzenia. Nastolatki mówiące dorosłym o zamiarze popełnienia samobójstwa często słyszą w odpowiedzi, że mają przed sobą całe życie, że są młodzi, że każdy problem uda się rozwiązać. Ilustrację tego zjawiska widzimy także w „Sali samobójców”. Rodzice Dominika uznają, że zapewnili synowi wspaniałe warunki życia, że ma wszystko. Dają temu wyraz zarówno werbalnie, chwilami w wulgarny sposób („W dupie ci się poprzewracało!”), jak i w swym liście do Dominika, w którym roztaczają przed nim wizję świetlanej przyszłości.

Obecnie bardzo wiele młodych osób stawia sobie za cel dostanie się na jak najlepsze studia, a potem otrzymanie dobrze płatnej pracy. Z jednej strony wyznacza to tory, jakimi ma przebiegać życie młodego człowieka, z drugiej jest źródłem ogromnego stresu. Otoczenie młodych ludzi zaprzecza i bagatelizuje komunikaty świadczące o zamiarze popełnienia przez nich samobójstwa. Panuje przekonanie, że jeśli ktoś naprawdę zamierza się zabić, nie mówi o tym, ale niezwłocznie wcieła swój zamiar w czyn. W „Sali samobójców” pogląd taki reprezentuje wezwana do Dominika lekarka psychiatra, która rozmawiając z nastolatkiem przez drzwi, stwierdza: „Nie jesteś typem samobójcy, Dominik”, i przepisuje mu leki uspokajające. Z badań wynika, że postawa filmowej lekarki niekoniecznie jest odosobniona, a lekceważenie samobójczych zamiarów bywa charakterystyczne nie tylko dla laików, ale także dla osób, które zawodowo zajmują się pomocą psychologiczną (Bałandynowicz, 2002).

Za Andrzejem Bałandynowiczem można wyróżnić trzy typy zapobiegania samobójstwom. **Profilaktykę uprzedzającą** (presuicydalną) powinno się stosować, zanim pojawią się sygnały chęci popełnienia samobójstwa. Musi ona być nakierowana na opinię społeczną, przewyższanie mitów dotyczących samobójstw i kształtowanie postaw akceptacji i pomocy osobom, które noszą się z myślą o popełnieniu samobójstwa. Powinna ona także obejmować swym zasięgiem rodzinę i pomagać młodym ludziom przygotowywać się do pełnienia przyszłych ról społecznych. **Profilaktykę objawową** może przeprowadzać najbliższa rodzina, przyjaciele i osoby profesjonalnie zajmujące się pomocą w takich sytuacjach. Powinna ona zostać zainicjowana z chwilą wystąpienia pierwszych sygnałów mówiących o tym, że dana jednostka może odebrać sobie życie. Jej przebieg musi być dostosowany do motywacji samobójcy. Przy motywacji autentycznej taką osobę należy otoczyć opieką i stworzyć wokół niej atmosferę życzliwości, natomiast w przypadku motywacji instrumentalnej wskazane jest udzielenie pomocy adekwatnej do problemu. Ostatnim typem jest **profilaktyka postsuicydalna**, która w przypadku nieudanej próby samobójczej ma doprowadzić do zminimalizowania ryzyka podjęcia kolejnej próby.

Krótkie programy profilaktyczne przeznaczone do wykorzystania w czasie zajęć szkolnych mogą okazać się bardziej szkodliwe niż pomocne, konieczne jest zatem wprowadzenie ekologicznego modelu profilaktyki, który byłby nastawiony z jednej strony na usuwanie czynników szkodliwych, z drugiej zaś na wzmacnianie czynników chroniących młodych ludzi przed samobójczymi zamiarami (Kimokeo, 2003).

Wśród czynników mogących chronić młodych ludzi przed samobójstwem można wymienić:

- posiadanie spójnej rodziny, w której młody człowiek znajduje oparcie;
- poczucie więzi ze szkołą i znaczące osiągnięcia w niej;
- umiejętność radzenia sobie z trudnościami, rozwiązywania konfliktów, kontrolowania wynikających ze swoich emocji impulsów;
- dobre relacje z grupą rówieśniczą;
- małą dostępność narzędzi mogących służyć do pozbawienia się życia;
- umiejętność poszukiwania pomocy;
- integrację ze środowiskiem, czynne realizowanie swych pasji;
- religijność;
- poczucie odpowiedzialności za innych;
- zaufanie do siebie i do innych;
- dostęp do pomocy psychologicznej i medycznej (Lazear i in., 2003).

Z wycinka świata Dominika, jaki widzimy w filmie, wynika, że wiele z wymienionych wyżej czynników jest w jego życiu nieobecnych. Zapracowani rodzice nie udzielają mu wsparcia, nie rozumieją jego problemów i słabości, stawiając mu jednocześnie wysokie wymagania. Pozbawiony ich wsparcia Dominik nie ma zdolności kontrolowania swych impulsów, gniewu, smutku. Nie potrafi też

rozwiązywać konfliktów, gdyż został wychowany w przeświadczeniu, że ludzie powinni być mu posłuszni i bez protestu spełniać jego życzenia. Świadczą o tym chociażby kontakty chłopaka z jego prywatnym kierowcą — w jednej ze scen obserwujemy, jak Dominik każe mu ściszyć muzykę w samochodzie, w innej jesteśmy świadkami wybuchu jego gniewu, gdy szofer go informuje, że z powodu korków nie jest w stanie odebrać go wcześniej z treningu.

Chłopak nie otrzymuje wsparcia także ze strony rówieśników. Po feralnym studniówkowym zakładzie staje się on bowiem obiektem drwin, a jego orientacja seksualna jest przedmiotem publicznej internetowej dyskusji. Przy niespełnieniu wielu warunków kształtujących w młodym człowieku psychiczną odporność, Dominik ma dostęp do środków, dzięki którym może pozbawić się życia. Ojciec przechowuje w domu broń, a sam chłopak dostaje od psychiatry receptę na dużą ilość leków uspokajających mogących (jeśli zażyje się je w nadmiarze) doprowadzić do śmierci. Jak widać, scenariusz filmu jest zgodny z psychologicznymi teoriami i wynikami badań z tej dziedziny — w realnym, nie tylko filmowym świecie, istnieje ryzyko, że osoba, w której otoczeniu brakuje czynników wspierających ją i która nie posiada zasobów do skutecznego radzenia sobie z problemami, może podjąć próbę targnięcia się na swoje życie.

By móc udzielić skutecznej pomocy młodym (choć nie tylko) osobom mającym myśli samobójcze, konieczna jest umiejętność rozpoznania takich jednostek i prawidłowego zinterpretowania groźnych symptomów psychicznego stanu, w jakim się znajdują. Zakładając, że uda się nawiązać z nastolatkiem dobry kontakt, oparty na zaufaniu, można w czasie, gdy opowiada on o swoich negatywnych emocjach, spróbować zadać mu kilka pytań, na które odpowiedzi mogą nam ukazać skalę zagrożenia. Światowa Organizacja Zdrowia w przeznaczonym dla lekarzy pierwszego kontaktu poradniku dotyczącym zapobiegania samobójstwom podaje propozycję takiej oto sekwencji pytań:

- Czy czujesz się bezradny, nieszcześliwy?
- Czy czujesz rozpacz?
- Czy masz poczucie, że nie wytrzymasz następnego dnia?
- Czy masz poczucie, że życie jest dla ciebie zbyt dużym ciężarem?
- Czy czujesz, że nie warto żyć?
- Czy myślisz czasem o samobójstwie?

Im więcej dana osoba udzieli na te pytania odpowiedzi twierdzących, tym większe prawdopodobieństwo, że popełni ona samobójstwo. W sytuacji zagrożenia samobójstwem zawsze konieczne jest znalezienie osób i instytucji, które mogą stanowić dla potencjalnego samobójcy wsparcie. Często konieczne jest skierowanie nastolatka do psychiatry, zwłaszcza gdy znajduje się on w złym stanie fizycznym, podejmował próby samobójcze w przeszłości, cierpi na zaburzenia psychiczne czy brakuje mu wsparcia najbliższych. W skrajnych przypadkach zaleca się hospitalizację. Natychmiastowa hospitalizacja jest konieczna, gdy młody człowiek ma konkretny plan odebrania sobie życia, zamierza to zrobić

w najbliższym czasie, znajduje się w stanie silnej paniki lub pobudzenia emocjonalnego. Bardzo ważne w takiej sytuacji jest, by ani na chwilę nie zostawiać osoby mającej samobójcze zamiary samej. Należy powiadomić jej bliskich i niezwłocznie wezwać pogotowie. Kwestie postępowania w takiej sytuacji reguluje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku, dotycząca hospitalizacji pacjenta, który może bezpośrednio zagrażać swojemu życiu. Ustawa ta mówi, że lekarz może skierować osobę psychicznie chorą na hospitalizację do szpitala psychiatrycznego nawet bez jej zgody. Można to zrobić, jeśli istnieje podejrzenie, że pacjent bezpośrednio zagraża swojemu życiu. Lekarz może także skierować na obserwację do szpitala psychiatrycznego osobę, co do której zachodzą wątpliwości, czy jest psychicznie zdrowa. Autorzy wspomnianej publikacji WHO na temat zapobiegania samobójstwom sugerują, by lekarz lub inna osoba mająca odpowiednie kwalifikacje w sytuacji, gdy stwierdzi u pacjenta lub klienta występowanie zamiarów samobójczych, postępowała zgodnie z wytycznymi zawartymi w poniższej tabeli:

Tabela 4. Rozpoznawanie, ocena i plan działania w sytuacji ryzyka samobójstwa

Objaw i ryzyko samobójstwa w skali 0 — 6	Sposób oceny i postępowania
Brak cierpienia emocjonalnego — 0	—
Zaburzenie emocjonalne — 1	Zapytać daną osobę o myśli samobójcze, wysłuchać odpowiedzi z empatią
Niesprecyzowane myśli o śmierci — 2	
Niesprecyzowane myśli samobójcze — 3	Ocenić zamiar (plan i metodę) popełnienia samobójstwa, zbadać możliwości wprowadzenia owego zamiaru w czyn, zidentyfikować wsparcie
Myśli samobójcze, którym nie towarzyszą zaburzenia psychiczne — 4	Ocenić zamiar (plan i metodę) popełnienia samobójstwa, zbadać możliwości wprowadzenia owego zamiaru w czyn, zidentyfikować wsparcie
Myśli samobójcze oraz zaburzenia psychiczne lub mocno stresujące wydarzenia życiowe — 5	Ocenić zamiar (plan i metodę) popełnienia samobójstwa, zawrzeć kontrakt psychologiczny, skierować pacjenta do psychiatry
Myśli samobójcze oraz zaburzenia psychiczne lub mocno stresujące wydarzenia życiowe bądź też pobudzenie lub wcześniejsza próba samobójcza — 6	Pozostać z pacjentem, aby nie miał on dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, hospitalizować

Za: (WHO—PTS, 2003B, s. 23).

Plan postępowania w sytuacji zagrożenia któregoś z uczniów samobójstwem powinna posiadać każda szkoła. Ma on służyć skutecznej pomocy zarówno dziecku lub nastolatкови, który znalazł się w kryzysie, jak i jego kolegom i koleżankom. Niewykluczone bowiem, że jeśli uczeń danej szkoły targnął się na

swoje życie, jego zachowanie znajdzie naśladowców. Oprócz działań związanych z interwencją kryzysową zaleca się, by szkoły wdrażały programy profilaktyczne obejmujące podnoszenie samooceny uczęszczających do nich młodych ludzi, rozwiązywanie bieżących problemów wychowawczych oraz wczesne kierowanie uczniów do specjalistów. Zadaniem pracowników szkoły, psychologów i pedagogów szkolnych powinno być wczesne rozpoznanie dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i wskazanie im oraz ich rodzicom miejsc, w których mogliby otrzymać fachową pomoc. W zależności od potrzeb i rodzaju problemów, osoby z podejrzeniem takich zaburzeń lub myślami samobójczymi oraz ich rodziny mogą szukać pomocy w: poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych, na dziennych oddziałach psychiatrycznych, w szpitalach psychiatrycznych, na oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, w ośrodkach interwencji kryzysowej lub w gabinetach psychologicznych. Wiele z tych placówek pełni dyżury całodobowe.

Internetowe wsparcie dla osób z myślami samobójczymi

Oprócz opisywanych wcześniej grup nakłaniających internautów do samobójstwa, w sieci funkcjonują także witryny oferujące pomoc osobom mającym myśli samobójcze. Znaną polską stroną tego typu jest przyjaciele.org. Jednak administratorzy takich witryn muszą stale kontrolować pojawiające się na nich posty, by nie pojawiały się wśród nich treści zachęcające do popełnienia samobójstwa. Administrator wspomnianej witryny ratował już niedoszłych samobójców, kontaktując się z policją po tym, jak umieścili w serwisie wpis informujący o zamiarze odebrania sobie życia. Internet jest pod tym kątem również monitorowany przez policjantów.

Oglądając „Salę samobójców”, widząc dziwne zachowanie Dominika, jego zamknięcie się w pokoju, próbę samobójczą, kompletną izolację i porzucenie zajęć, które do tej pory go absorbowały, warto się zastanowić, dlaczego te wszystkie znaki zostały zignorowane przez jego najbliższych. Przyczyny zachowań samobójczych młodzieży i dzieci są inne niż ludzi dorosłych. Kierowane przez Santorskich do syna argumenty („masz wszystko”) mogły brzmieć sensownie z punktu widzenia zdrowej psychicznie osoby dorosłej, jednak dla nastolatka istnieją inne, dodatkowe czynniki mogące sprzyjać myślom o samobójstwie: na przykład problemy w szkole, odrzucenie przez rówieśników, czy właśnie złe relacje z rodzicami. Wpływ czynników zewnętrznych na powzięcie zamiaru o popełnieniu samobójstwa przez dziecko czy nastolatka jest bardzo duży. Do takiego kroku mogą go popchnąć takie wydarzenia, jak jedynka z klasówki, rozstanie z dziewczyną, kłótnia z rodzicami, niezaproszenie na klasową imprezę czy, jak w przypadku Dominika — ośmieszenie w sieci. Jednocześnie szerokie jest spektrum zewnętrznych środków, które mogą zapobiec samobójczej śmierci młodej osoby. Aby skutecznie zapobiegać samobójstwom, psychologowie nieustannie badają owo zjawie-

sko i postulują wprowadzenie kompleksowych programów profilaktycznych do szkół (Jabłoński, 2002).

Podsumowanie

„Sala samobójców”, mimo swojej miejscami „lekkiej”, animowanej formy, porusza treści aktualne i ważne. Samobójstwa są najczęstszą po wypadkach przyczyną śmierci młodych ludzi i wydaje się, że nasze społeczeństwo wciąż nie jest przygotowane do radzenia sobie i skutecznej interwencji w zetknięciu się z zachowaniami autoagresywnymi. Omówiony w powyższym tekście film jest poruszający, bowiem ukazuje samotność głównego bohatera i uzmysławia widzom, że psychologiczny kryzys może zdarzyć się każdemu, niezależnie od jego sytuacji materialnej i środowiska, z jakiego się wywodzi. Samobójstwo jest porażką systemu społecznego, który nie potrafił zapewnić człowiekowi takich warunków, w których uznałby on, że warto żyć. Nie inaczej jest w przypadku Dominika Santorskiego. Śmierć chłopaka to porażka jego samego jako jednostki, która pozbawiła się najcenniejszej dla człowieka wartości. To porażka jego rodziców, którzy zbagatelizowali wysyłane przez chłopaka komunikaty i prawdopodobnie już wcześniej dopuścili się wobec niego zaniedbań. To też klęska psychiatrów, zarówno tych ze szpitala, jak i wezwanych przez Santorskich do domu, a także porażka bliższego (przyjaciół poznanych w internecie) i dalszego (środowisko szkolne — koledzy, koleżanki, otoczenie społeczne) kręgu osób związanych z bohaterem filmu. Dominik umiera na podłodze w toalecie nocnego klubu. Jego śmierć zostaje sfilmowana przez jakąś parę zainstalowaną w telefonie komórkowym kamerkę. Chłopak nie umiera w samotności, w izolacji. Kona wśród ludzi, prosząc o pomoc, czekając na spotkanie z przyjaciółką.

Mimo powszechnie uznanego w cywilizowanych krajach prawa jednostki do wolności i decydowania o własnym życiu, zapobieganie samobójstwom powinno być nie tylko obowiązkiem, ale i jednym z podstawowych odruchów każdej jednostki. Chęć odebrania sobie życia zawsze bowiem świadczy o tym, że człowiek w swojej ocenie wyczerpał już wszystkie inne możliwości i nie jest w stanie poradzić sobie ze swoimi problemami. Czasem samobójstwo może się wydawać otoczeniu społecznemu aktem uzasadnionym i do pewnego stopnia akceptowalnym. Jako przykład można podać skrócenie własnego życia w przypadku niosącej ze sobą ogromne cierpienie nieuleczalnej choroby, czy śmierć najbliższej osoby, bez której życie wydaje się nie mieć sensu. Jednak podstawową reakcją człowieka w zetknięciu się z cierpieniem innej osoby powinna być chęć udzielenia jej pomocy i otoczenia jej opieką. Zapobieganie samobójstwom jest nie tylko celem i zadaniem specjalistów: psychologów, psychiatrów, najbliższej

rodziny i przyjaciół osoby, która zamierza się targnąć na własne życie, ale także całego jej otoczenia społecznego. Obowiązek zapobiegania aktom samozagłady wypływa także z oczywistego faktu, że samobójstwo ma wpływ nie tylko na jednostkę, ale także na całe jej otoczenie.

Omówiony w powyższym tekście film, choć po części zrealizowany przy użyciu technik animacji, realistycznie oddaje problemy współczesnych nastolatków i ich rodzin. Osobowość głównego bohatera, reakcje otoczenia na jego zachowanie, motywy podjęcia próby samobójczej znajdują potwierdzenie w przytaczanych w artykule wynikach badań. Pewnym jest jednak, że film nie może stanowić samodzielnego narzędzia do profilaktyki zachowań samobójczych wśród młodzieży. Zgodnie bowiem z opiniami osób profesjonalnie zajmujących się tym zagadnieniem, zapobieganie samobójstwom to proces wielopoziomowy, złożony i wymagający podejmowania działań w sposób niezwykle delikatny i przemyślany. Traktowanie filmu jako swoistej szczepionki, którą powinno się zaaplikować młodym ludziom, może przynieść odwrotne do oczekiwanych rezultaty.

Propozycja psychologicznej pracy z filmem

Orientacyjny czas trwania: 3,5 godz. + 2 godz. projekcja filmu, w sumie: 5,5 godz.

Grupa docelowa: osoby zajmujące się udzielaniem pomocy w sytuacji zagrożenia samobójstwem.

Część wstępna: ma na celu poznanie poziomu gotowości uczestników do pracy w grupie i sprawdzenie, w jakim stopniu dotyczy ich lub dotyczyło w przeszłości zagadnienie samobójstw osób nieletnich.

Ćwiczenie 1. (czas trwania: ok. 20 min)

Poznanie się — przedstawienie się prowadzącego oraz uczestników zajęć. Ważne jest pytanie o to, czym uczestnicy się zajmują, jakie są ich motywy do udziału w zajęciach i jakie mają wobec nich oczekiwania. Prowadzący spisuje oczekiwania na tablicy. Po przedstawieniu się wszystkich członków grupy wyjaśnia które, z wymienionych oczekiwań zajęcia mogą spełnić, a których nie. Przedstawia także cele zajęć pominięte przez uczestników.

Ćwiczenie 2. (czas trwania: ok. 10 min)

Forma „rundki” umożliwiającej każdej osobie uczestniczącej w zajęciach wypowiedzenie się. Prowadzący zadaje pytanie:

Czy zetknąłeś się kiedyś w swoim życiu z samobójstwem lub próbą samobójczą dziecka lub nastolatka? Jeśli tak, opisz tę sytuację. Jakie były reakcje otoczenia?

Ćwiczenie 3. (czas trwania: ok. 15 min)

Prowadzący rysuje kredą lub wykleja na podłodze za pomocą taśmy klejącej skalę od 0 do 10. Zadaje uczestnikom pytanie:

Na ile w skali od 1 do 10 oceniasz swoją gotowość do podjęcia interwencji kryzysowej w sytuacji zagrożenia samobójstwem? Ustaw się przy odpowiedniej cyfrze na skali.

Następnie prowadzący pyta wszystkich uczestników zajęć o powody zadeklarowania takiego poziomu gotowości.

Ćwiczenie 4. (czas trwania: ok. 45 min)

Uczestnicy dzielą się na grupy. Polecenie:

Ustalcie w grupach i zapiszcie, co wolno, a czego nie wolno zrobić/mówić, udzielając pomocy osobie deklarującej zamiary samobójcze. Uwzględnijcie też znane wam regulacje prawne dotyczące tej kwestii.

Następnie każda z grup prezentuje wyniki swojej pracy i odbywa się dyskusja nad poprawnością udzielonych odpowiedzi.

Ćwiczenie 5. (czas trwania filmu: 117 min)

Projekcja filmu. Grupa dostaje polecenie uważnego obejrzenia filmu „Sala samobójców” oraz przyjrzenia się konstrukcji osobowościowej bohaterów.

Ćwiczenie 6. (czas trwania: ok. 10 min)

Prowadzący pyta uczestników o ich wrażenia po obejrzeniu filmu.

Ćwiczenie 7. (czas trwania: ok. 30 min)

Uczestnicy dzielą się na grupy. Ich zadaniem jest przeczytanie opisów społecznych mitów na temat samobójstwa i podstawienie w ich miejsce faktów. Ze-stawienie przykładowych mitów i faktów zostało przedstawione poniżej i może zostać ujęte na przykład w formie tabeli. Następnie grupa przedyskutowuje swoje odpowiedzi.

Najpopularniejsze mity dotyczące samobójstw wraz z przedstawieniem fak-tów: (Bałandynowicz, 2002):

- Ludzie mówiący o samobójstwie nie targną się na swoje życie.
Według badaczy 80—85% samobójców mówiło wcześniej o swoich zamiarach.
- Samobójstwa popełniają osoby o specyficznym typie osobowości.
Osoby posiadające pewne cechy osobowości znajdują się w grupie podwyż-szonego ryzyka, jednak problem samobójstw nie dotyczy jedynie wąskiej, określonej grupy ludzi.
- Samobójstwom nie można zapobiec.
Czasami motywacja do popełnienia samobójstwa wiąże się z określoną sy-tuacją życiową. Usunięcie czynników, które są źródłem cierpienia jednostki, może pomóc zapobiec tragedii.
- Samobójstw nie poprzedzają ostrzeżenia.
W zachowaniu samobójców da się dostrzec pewne symptomy, które mogą zaalarmować otoczenie. Należą do nich między innymi: obniżenie nastro-ju, finalizowanie ważnych spraw, rozdawanie rzeczy osobistych, komunikaty werbalne.
- Samobójcy to osoby chore umysłowo.
Mimo że wielu samobójców ma pewne zaburzenia psychiczne (m.in. depre-sję), to nie są one charakterystyczną cechą wszystkich osób, które targnęły się na swoje życie.
- Samobójcy nie pragną niczego poza śmiercią.
Jedynie 51—65% suicydentów pragnie umrzeć za wszelką cenę. Niektóre sa-mobójstwa mają charakter instrumentalny, są wołaniem o pomoc, komuni-katami mówiącymi, że dana osoba nie jest sobie w stanie poradzić z sytuacją, w jakiej się znalazła.
- Po nieudanej próbie samobójczej niedoszły samobójca rzadko ponownie po-dejmuje próbę odebrania sobie życia.
Badania wykazują, że znaczna część niedoszłych samobójców ponawia próbę odebrania sobie życia, przy czym trzecia jest zazwyczaj udana.
- Samobójcy nie chcą śmierci, pragną jedynie wpłynąć na swe otoczenie.
Tylko 34—48% suicydentów to samobójcy instrumentalni, którzy chcą skłonić otoczenie do zwrócenia uwagi na ich problemy. Motywacją pozostałych nie jest chęć manipulowania innymi ludźmi, ale położenie kresu swemu cierpieniu.

- Skłonności samobójcze towarzyszą człowiekowi już na zawsze.
Czasami samobójcze myśli są reakcją na specyficzną sytuację, w jakiej znalazła się jednostka i po usunięciu źródła cierpienia mijają. Trwalsze tendencje tego rodzaju występują u osób o osobowości suicydalnej, jednak i one mogą, z pomocą terapii, zmienić swoje nastawienie.
- Następująca po kryzysie samobójczym poprawa nastroju oznacza, że zagrożenie minęło.
Zdarza się, że poprawa nastroju wynika z podjęcia ostatecznej decyzji o samounicestwieniu, że człowiek odczuwa spokój i poprawę nastroju ze względu na przekonanie, iż wszystkie jego problemy zostaną wkrótce rozwiązane.

Ćwiczenie 8. (czas trwania: ok. 25 min)

Uczestnicy zajęć nadal pracują w grupach. Ich zadaniem jest wypisanie przykładów dostrzeżonych w filmie zachowań rezygnacyjnych. Poszczególne grupy przedstawiają wyniki swojej pracy. Później następuje dyskusja z udziałem wszystkich uczestników zajęć, mająca na celu wskazanie innych rodzajów zachowań tego typu, które można zaobserwować u współczesnych nastolatków.

Ćwiczenie 9. (czas trwania: ok. 20 min)

Poszczególne grupy losują jedną postać spośród bohaterów filmu: Dominika, Sylwii, Beaty Santorskiej, pana Santorskiego. Ich zadaniem jest wskazanie, jakie mogłyby być motywy podjęcia próby samobójczej w przypadku ich bohatera. Każda z grup przedstawia wyniki swojej pracy na forum.

Ćwiczenie 10. (czas trwania: ok. 15 min)

„Burza mózgów”: uczestnicy zajęć wymieniają wewnętrzne i zewnętrzne czynniki sprzyjające podejmowaniu prób samobójczych przez dzieci i młodzież. Prowadzący spisuje pomysły grupy na tablicy.

Ćwiczenie 11. (czas trwania: ok. 40 min)

Badacze (Lazear i in., 2003) wymieniają następujące narzędzia profilaktyki zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży:

- wzmacnianie psychicznej odporności dzieci i młodzieży;
- tworzenie w szkołach środowiska wsparcia;

- odpowiednie szkolenie kadry pedagogicznej;
- stworzenie zespołów zajmujących się sytuacjami kryzysowymi;
- wskazywanie młodzieży osób, do których może zwrócić się o pomoc;
- podnoszenie samooceny dzieci i młodzieży;
- zwiększanie kompetencji wychowawczych rodziców;
- wzmacnianie więzi uczniów ze szkołą.

Uczestnicy zajęć dzielą się na grupy i piszą, jakie można podjąć konkretne działania w ramach wymienionych wyżej sposobów zapobiegania samobójstwom. Wyniki prezentują na forum.

Zakończenie

Zebranie informacji zwrotnych i ponowna ocena gotowości do udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia samobójstwem, z zastosowaniem skali użytej na początku zajęć.

Polecane filmy

Tamten świat samobójców (*Wristcutters: A Love Story*), prod. USA, Wielka Brytania, 2006, reż. Goran Dukić, czas trwania: 88 min

Scenariusz filmu został oparty na krótkiej opowieści Etgara Kereta pod tytułem „Kneller's Happy Campers”. Film opowiada o młodym mężczyźnie, który popełnił samobójstwo z powodu swojej dziewczyny. Śmierć jednak okazuje się nie być końcem jego egzystencji — trafia on do przygnębiającego miejsca, które jest niejako odbiciem rzeczywistego świata, jest jednak bardziej przepełnione smutkiem i poczuciem beznadziei. Samobójcy próbują w tym świecie ułożyć swoje życie od nowa. Bohater filmu nieoczekiwanie dowiaduje się, że do tego smutnego miejsca trafiła również jego była dziewczyna. Postanawia ją odszukać.

Pokój na czacie (*Chatroom*), prod. Wielka Brytania, 2010, reż. Hideo Nakata, czas trwania: 97 min

W Polsce film ten był reklamowany jako światowa odpowiedź na „Salę samobójców”. Jednak *Chatroom* był pierwszy. Film opowiada o czterech nastolatkach, którzy poznają przez internet mężczyznę o imieniu William. Młodzi ludzie są zauroczeni charyzmą ich nowego znajomego. Kiedy jeden z nastolatków, Jim, przyznaje mu się, że zażywa antydepresanty, William deklaruje, że mu pomoże

i odsuwa od reszty grupy. Internetowy przyjaciel stopniowo wciąga wrażliwego Jima na drogę do autodestrukcji. William prowadzi z chłopakiem pełną manipulacji grę, która w końcu przenosi się ze świata wirtualnego w rzeczywisty. Widz ma natomiast nieodparte wrażenie, że w tej potyczce ktoś musi zginąć...

Stowarzyszenie Umarłych Poetów (Dead Poets Society), prod. USA, 1989, reż. Peter Weir, czas trwania: 128 min

Nieco starszym obrazem filmowym, w którym została ukazana śmierć nastolatka, jest „Stowarzyszenie umarłych poetów”. Film (i książka, na bazie której powstał) ukazuje społeczność nastolatków zamkniętych za murami szkoły, w której panują rygorystyczne zasady. Młodzi ludzie, kierując się zaszczepioną im przez ekscentrycznego profesora miłością do literatury, zakładają Stowarzyszenie Umarłych Poetów. Niestety, w elitarnym liceum, pod czujnym okiem dyrektora, wolność okazuje się bardzo trudnym do realizowania postulatem. Jego realizacji nie ułatwiają też wygórowane oczekiwania rodziców wobec licealistów. Wszystkie te czynniki doprowadzają do tragedii.

Między piekłem a niebem (What Dreams May Come), prod. Nowa Zelandia, USA, 1998, reż. Vincent Ward, czas trwania: 113 min

Po śmierci swoich dzieci w wypadku samochodowym, żona głównego bohatera, Chrisa, popada w manię samobójczą. Wkrótce w wypadku ginie także Chris. Trafia do nieba stworzonego z plastycznych wizji małżonki i jej wspomnień szczęśliwych chwil. Wkrótce okazuje się, że Annie zrealizowała swoje samobójcze zamiary i trafiła do piekła. Mąż usiłuje wydobyć ją z otchłani.

Polecane książki

- Carr, A. (2004). *Depresja i próby samobójcze młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania*. Przeł. J. Rybski. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hołyst, B. (2002). *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Hołyst, B., Staniaszek, M., Binczycka-Anholcer, M. (2002). *Samobójstwo*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- O'Connor, R., Sheehy, N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*. Przeł. A. Tanalska-Dulęba. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (pozycja popularnonaukowa).
- Rybakowski, J., Pużyński, S., Wciórka, J. (2010). *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Materiały dodatkowe

Najważniejsze sceny z filmu

- Wybuch agresji Dominika po treningu judo (19:53—22:20 minuta filmu).
- Rozmowa z rodzicami po wizycie w operze, podczas której Dominik oznajmia, że jest gejem (41:00—42:15 minuta filmu).
- Pobyt Dominika w szpitalu (52:50—56:50 minuta filmu).
- Rozmowa w kawiarni (56:50—58:15 minuta filmu).
- Wyjście Sylwii z pokoju (102:45—105:25 minuta filmu).
- Śmierć Dominika (106:50—107:50 minuta filmu).

Wybrane cytaty z filmu

Sylwia: „Krwawię cicho żyjąc”.

Dominik: „Żyję cicho krwawiąc.”

Sylwia: „Świat zamknięte, rany otwarte.”

Dominik: „Otwarty świat rany zamknięte.” (25:50—26:20 minuta filmu).

Sylwia do Dominika: „Naprawdę nie znasz składu powietrza, którym oddychasz? Powiedz, że cię zabija. Widzę to.” (31:18—31:30 minuta filmu)

Sylwia: „Jestem wolna, polecam to uczucie.” (52:10—52:20 minuta filmu).

Dominik do kierowcy: „B ze mną się *** jest! I się przy mnie *** ma być! I ze mną się *** jest!” (21:40—22:20 minuta filmu). Znakami *** zostały zastąpione słowa niecenzuralne.

Ojciec do Dominika: „Musimy rozmawiać. My w ogóle ze sobą nie rozmawiamy.” (57:20—57:25 minuta filmu)

Sylwia do Dominika: „Musisz? (...) Ocean, on nic nie musi. Może zrobić, co chce, ale nic nie musi.” (38:50—39:30 minuta filmu)

Sylwia do Dominika: „Moimi przyjaciółkami są zyletki. Mają ostre języki.” (29:00—29:20 minuta filmu)

Sylwia do Dominika: „Lęk. Boisz się. Boisz się. Boisz się. Widzę lęk. (...) Boli Cię rzeczywistość, bo jesteś wrażliwy. Tak jak ja, ja też jestem wrażliwa. Bardzo. Oni nas nie rozumieją. Zobacz, jacy są słabi, boją się nas. Jesteśmy dziwni, odstajemy od normy. Dominik, jesteś inny. To jest skarb. Wiesz, wszystko co odstaje od normy, wszystko, jest zagrożone i możemy się bać.” (44:10—45:45 minuta filmu)

Sylwia do Dominika: „Masz ich przestraszyć. Bądź terrorystą. Jesteś terrorystą.” (45:50—46:00 minuta filmu)

Ojciec i matka do Dominika: „W dupie ci się poprzewracało! Wszystko masz! (...) Nie jesteś żadnym gejem. Nawet jeśli, to zatrzymaj to dla siebie. Ludziom nie mówi się takich rzeczy Kogo to obchodzi? Ja nie chcę o tym wiedzieć. Minister na pewno nie musi o tym wiedzieć.” (41:40—42:00 minuta filmu)

Matka Dominika do psychiatry: „Próba samobójcza? To jest normalny, zdrowy chłopiec, proszę pana. On ma za chwileczkę maturę i musi się uczyć. Musi czytać, musi chodzić do szkoły. Próba samobójcza? To jest pana diagnoza?” (54:55—55:05 minuta filmu)

Sylwia: „Ból już nie sprawia mi przyjemności. Przesunęłam granicę. Trzeba iść dalej. To jest decydujący moment, chcemy przejść przez śmierć bezboleśnie i godnie. Ja marzę, żeby opróżnić całe opakowanie tabletek, napić się alkoholu trochę i zasnąć.” (58:30—59:05 minuta filmu)

Dominik do matki: „Masz cierpieć. Ty masz cierpieć, jak jeszcze nigdy nie cierpiałaś. Masz wyć z bólu.” (61:30—61:50 minuta filmu)

Sylwia: „To coś więcej niż gra, to sala samobójców, tworzymy ją długo.”

„Do wszystkich, którzy czytają ten list: nie chcieliśmy takiego zakończenia. Chcieliśmy żyć. Ten świat nie ma miłości, ten świat umiera, ten świat na nas nie zasłużył. Dlatego musimy odejść. Nasza historia już została opowiedziana, my odchodzimy, a wy zostaniecie. Zabijacie się powoli, sami o tym nie wiedząc. To wy jesteście salą samobójców.” (85:20—85:55 minuta filmu)

Najważniejsze omawiane koncepcje

Koncepcja pojmowania samobójstwa Brunona Hołysta (1983)

W powyższym rozdziale wykorzystano koncepcję pojmowania samobójstwa Brunona Hołysta. Badacz ów podkreśla, że „samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samouniعةstwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów...” (Hołyst, 1983).

Wyżej opisane pojmowanie czynu samobójczego wymogło wprowadzenie pojęcia zachowania suicydalnego, które definiuje się jako „ciąg reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy, a więc jako cel”. Hołyst wyróżnił cztery typy zachowań suicydalnych: samobójstwo wyobrażone, upragnione, usiłowane i dokonane (Hołyst, 1983).

Czynniki wpływające na występowanie zachowań samobójczych według Agnieszki Gmitrowicz i Krzysztofa Rosy (2002)

Oto czynniki, od których zależy występowanie zachowań samobójczych u ludzi młodych według Agnieszki Gmitrowicz i Krzysztofa Rosy (2002):

- demograficzne (płeć, wiek, rasa, miejsce zamieszkania);
- społeczno-ekonomiczne (sytuacja rodzinna, szkolna, sytuacja w grupie rówieśniczej);
- psychologiczne (cechy osobowości, postawy, poziom funkcjonowania, sposoby radzenia sobie, obecność stresorów);
- chorobowe, w tym somatyczne i psychiatryczne (obecność określonych zaburzeń psychicznych i chorób);
- biologiczne (neurochemiczne i genetyczne).

Koncepcja profilaktyki presuicydalnej i postsuicydalnej Andrzeja Bałandynowicza (2002)

Profilaktyka presuicydalna „obejmuje działania zapobiegające samobójstwu. Dzieli się na profilaktykę uprzedzającą i objawową. Profilaktyka uprzedzająca obejmuje działania zapobiegające samobójstwu zanim jeszcze pojawią się jego zwiastuny (...). Profilaktyka objawowa rozpoczyna się z chwilą pojawienia się zapowiedzi i sygnałów zwiastujących samobójstwo”.

Profilaktyka postsuicydalna „obejmuje postawy najbliższego otoczenia suicydenta po jego nieudanej próbie samobójczej celem wytworzenia atmosfery zapobiegającej kolejnym zamachom.”

Ważne pojęcia i akty prawne

Hikikomori (w wolnym tłumaczeniu: oddzielenie się, odosobnienie) — jest chorobą cywilizacyjną mającą podłoże psychiczno-emocjonalne, rodzajem depresji, objawiającym się skrajnym wycofaniem społecznym. Chorobę tę najpierw zaobserwowano w Japonii, obecnie jej przypadki spotyka się także w Korei Południowej, Chinach, Hongkongu i Singapurze. Hikikomori przejawia się całkowitym wycofaniem z życia społecznego, zamknięciem się w domu lub pokoju na okres od kilku tygodni do nawet kilku lat. Jako powód występowania choroby podaje się najczęściej presję, jaką w krajach kolektywistycznych system szkolnictwa wywiera na młodych ludzi.

Za: (Krzystanek, bdw).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535)

Art. 23.

1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, jeżeli jej dotychczasowe zachowanie

wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 24.

1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.
2. Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.
3. Do przyjęcia do szpitala, o którym mowa w ust. 1, stosuje się zasady i tryb postępowania określony w art. 23.

Bibliografia

- Abramowicz, D., Gruszczyńska, K. (2006). *Po koszmarze w szkole Ania popełniła samobójstwo*. „Dziennik Bałtycki”. Pobrano z: http://www.wiadomosci24.pl/arttykul/po_koszmarze_w_szkole_ania_popelnila_samobojstwo_9862.html
- Anthony, T.M. (1994). *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Przeł. A. Karpowicz. Warszawa: Vacatio.
- Art. 151 *Kodeks Karny*. Pobrano 20.10.2014 z: <http://kodeks.ws/karny/art151.htm>
- Balandynowicz, A. (2002). *Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 74—106). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T. (1998). *Psychiatric Contacts Among Youths Aged 13 Through 24 Years Who Have Made Serious Suicide Attempts*. „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, nr 37 (5), s. 504—511.
- Berman, A.L., Jobs, D.A. (1991). *Adolescent suicide assessment and intervention*. Washington DC: American Psychological Association.

- Bomba, J., Orwid, M. (2008). *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka i błędy w postępowaniu*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.kpdim.cm-uj.krakow.pl/1.pdf>
- Brent, D.A. (1997). *Practitioner Review: The aftercare of adolescents with deliberate self-harm*. „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, nr 38 (3), s. 277—286.
- Brodniak, W.A. (2011). *Informacja na temat samobójstw w Polsce na tle innych krajów europejskich*. Pobrano z: http://psychiatria.org.pl/news,tekst,56,informacja_na_temat_samobojstw_w_polsce_na_tle_innych_krajow_europejskich_
- Brzozowska, A. (2002). *Czynniki ryzyka prób samobójczych dzieci i młodzieży*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Anholcer-Binczycka (red.), *Samobójstwo* (s. 207—215). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Carr, A., (2004). *Depresja i próby samobójcze młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania*. Przeł. J. Rybski. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cieślik, M., Zaczyński, M., Szafrńska, K. (2004). *Stowarzyszenie umarłych internautów*. Pobrano z: <http://www.wprost.pl/ar/70603/Stowarzyszenie-umarlych-internautow/>
- Collados Zorraquino, J. (2009). *Depresja u dzieci i młodzieży*. Przeł. J. Masłoń. Kraków: eSPe.
- Czabański, A., (2002). *Zachowania samobójcze „zaraźliwe” i pakt samobójczy wśród młodzieży*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 196—206). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Dolto, F. (1995). *Nastolatki*. Warszawa: W.A.B.
- Eckhardt, A. (1998). *Autoagresja*. Przeł. J. Hockuba. Warszawa: W.A.B.
- Gajewski, A. (2010). *Hikikomori — samotnicy na marginesie japońskiego społeczeństwa*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.polska-azja.pl/2010/03/18/adam-gajewski-hikikomori-samotnicy-na-marginesie-japonskiego-spoleczenstwa/>
- Gmitrowicz, A., (2002). *Uwarunkowania zachowań samobójczych wśród młodzieży*. W: Z. Hołyst (red.), *Suicydologia* (s. 71—76). Warszawa: LexisNexis.
- Gmitrowicz, A., Rosa, K., (2002). *Badanie związku pomiędzy czynnikami chorobowymi i społecznymi a zachowaniami samobójczymi u młodzieży*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 179—188). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., Shaffer, D. (2003). *Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years*. „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” nr 42 (4), s. 386—405.
- Hoff, L.A. (1994). *Crisis Intervention in Schools*. W: A.A. Leenaars, S. Wenckstern (red.), *Suicide prevention in schools* (s. 123—146). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo — przypadek czy konieczność?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hołyst, B. (1991). *Przywrócenie życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hołyst, B. (1994). *Kryminologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Hołyst, B. (1996). *Na granicy życia i śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo „69”: Cindrella Books, Agencja Wydawnicza.
- Hołyst, B. (1997). *Wiktymologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Hołyst, B. (2006). *Kryminologia*. Warszawa: LexisNexis.

- Hołyst, B. (2011). *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Hołyst, B. (2011). *Wiktymologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Hołyst, B., Staniaszek, M., Binczycka-Anholcer, M. (2002). *Samobójstwo*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Iwaniuk, P. (2009). *Popelnil samobójstwo online*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://nt.interia.pl/news/popelnil-samobojstwo-online,1556591>
- Jabłoński, R. (2002). *Młodzi samobójcy są wśród nas. Czy potrafimy ich rozpoznawać?* W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 189—195). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Jaros, M. (2004). *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., Weiner, M. (1997). *Adolescent physical abuse and suicide attempts*. „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, nr 36 (6), s. 799—808.
- Kaszubowski, R., Świerczewski, J. (2002). *Samobójstwa w Polsce u progu XXI wieku, etiologia i symptomatologia zjawiska*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 62—73). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Kazdin, A. (1996). *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*. „Nowiny Psychologiczne” nr 2, s. 127—141.
- Kępiński, A. (2005). *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kimokeo, D. (2006). *Research-Based Guidelines and Practices for School-Based Suicide Prevention*. New York: Columbia University.
- Kmiecik-Baran, K. (1995). *Poczucie alienacji: destruktywne i konstruktywne sposoby minimalizacji*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kobiałka, M. (2009). *Samobójstwo na czacie*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://media.wp.pl/kat,1022939,title,Popelnil-samobojstwo-na-internetowym-czacie,wid,10793156,wiadomosc.html?ticaid=113a9b>
- Kozłowska, Z., Owczarek, A., Florkowski, A., Gruszczyński, W. (2002). *Wieloczynnikowe uwarunkowania prób samobójczych u dzieci*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 164—170). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Krzystanek, M. (bdw). *Hikikomori — syndrom wycofania społecznego*. Pobrano 20.10.2014 z: <http://www.poradnia.pl/hikikomori-syndrom-wycofania-spoiecznegp.html>
- Kto jest kim w „Sali samobójców”?* (2011). Pobrano z: http://film.interia.pl/wiadomosci/film/news/kto-jest-kim-w-sali-samobojcow,1604889,38?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=chrome
- Kułaga, Z., Litwin, M., Wójcik, P., Jakubowska-Winecka, A., Grajda, A., Gurzkowska, B., Napieralska, E., Barwicka, K., Rózdżyńska, A., Wisniewski, T. (2009). *Aktualne trendy zewnętrznych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce*. „Probl. Hig. Epidemiol.”, nr 90 (3), s. 332—341.
- Lazear, K., Roggenbaum, S., Blase, K. (2003). *Youth suicide prevention school-based Guide-Overview*. Tampa, Floryda: Department of Child and Family Studies, Division of State and Local Support, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

- Lester, D. (1997). *The Sexual Politics of Double Suicide*. „Feminism & Psychology”, nr 7, s. 148—154.
- Malczewska, A. (2002). *Rola pedagoga szkolnego w zapobieganiu zachowaniom samobójczym wśród uczniów*. W: B. Hołyst (red.), *Suicydologia* (s. 100—107). Warszawa: LexisNexis.
- Malicka, H. (1998). *Zjawisko samobójstwa w świetle badań empirycznych i statystyk*. W: B. Urban (red.), *Problemy współczesnej patologii społecznej* (s. 183—193). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Marczyńska, A. (2002). *Wybrane kompetencje osobiste i społeczne u osób podejmujących próby samobójcze*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 272—278). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Marzuk, P.M., Mann, J.J. (1988). *Suicide and substance abuse*. „Psychiatric Annals”, nr 18, s. 639—645.
- Mękarska, D. (2009A). *27-latek z Zagórza popełnił samobójstwo na internetowym wideo-czacie*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.nowiny24.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090127/REGION00/857335292>
- Mękarska, D. (2009B). *Samobójstwo w internecie: Marcin wołał o pomoc, nikt go nie usłyszał*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.nowiny24.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090131/WEEKEND/973644836>
- National Institutes of Health, *Recommendations for Reporting on Suicide*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/recommendations-for-reporting-on-suicide.shtml>
- Nizel-Simińska, W. (1970). *Samobójstwa jako przejaw dezadaptacji społecznej u młodocianych encefalopatów*. „Zdrowie Psychiczne”, t. 11, nr 1/2, s. 113—120.
- Ohring, R., Apter, A., Ratzoni, G., Weizman, R., Tyano, S., Plutchik, R., (1996). *State and Trait anxiety in adolescent suicide attempters*. „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 35 (2), s. 154—157.
- Pfeffer, C.R. (1996). *Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management*. W: M. Lewis (red.), *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Snd Edition* (s. 666—673). Baltimore, Maryland: Wiliams, Wilkins.
- Phillips, D. (1974). *The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect*. „American Sociological Review”, nr 39, s. 340—354.
- Pietrzak, K. (2007). *Brytyjczyk transmitował swoją śmierć w internecie*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.pcworld.pl/news/108335/Brytyjczyk.transmitowal.swoja.smierc.w.Internecie.html>
- Plutchik, R., van Praag, H. (1997). *Suicide, Impulsivity and Antisocial Behavior*. W: D. Stoff, J. Breiling, J. Maser (red.), *Handbook of Antisocial Behavior* (s. 101—108). Nowy Jork: J. Wiley & Sons.
- Popełnił samobójstwo „na żywo” w sieci*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://nt.interia.pl/news/popelnil-samobojstwo-na-zywo-w-sieci,887826>
- Pużyński, S. (1988). *Depresje*. Warszawa: PZWN.
- Pużyński, S. (2002). *Samobójstwa i depresje*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 39—61). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.

- Puzyński, S. (2008). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Resnick, M.D., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L., Udry, R. (1997). *Protecting Adolescents from Harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health*. „Journal of the American Medical Association”, nr 278 (10), s. 823–832.
- Rostowski, J. (2002). *Samobójstwa młodzieży a antyspołeczne formy jej zachowania*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 132–150). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Sala samobójców — o filmie*. Pobrano 20.10.2011 z: http://www.salasamobojcow.com.pl/#/o_filmie
- Samobójstwo Ani: odzyskano film z zajścia w klasie*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.trojmiasto.pl/wiadomosci/Samobojstwo-Ani-odzyskano-film-z-zajscia-w-klasie-n21739.html>
- Samobójstwo na czaterii*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://www.youtube.com/watch?v=Dwv2Yq-Hikw>
- Samuels, D. (2007). *Zbiorowe samobójstwo w Japonii — epidemia*. Pobrano 21 października 2014 z <http://7dni.wordpress.com/2007/07/23/zbiorowe-samobojstwo-w-japonii-epidemia/>
- Sikorski, W. (1998). *Psychoterapia skłonności samobójczych młodzieży: teoria i praktyka*. „Opieka, Wychowanie, Terapia”, 1998, nr 3, s. 18–20.
- Sobolewski, T., Felis, P.T. (2011). *Film „Sala samobójców”. Spór krytyków „Gazety”*. Pobrano z: http://wyborcza.pl/1,76842,9192128,Film_Sala_samobojcow_Spor_krytykow_Gazety_html
- Staniaszek, M. (2002). *Opieka psychiatryczna w Polsce i najważniejsze regulacje prawne*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 108–131). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Statystyki policyjne — liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem* (2014). Pobrane 20.10.2014 z: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>
- Suicide rates of the world and why people kill themselves*. Pobrano 21.10.2014 z: <http://nitawriter.wordpress.com/2007/05/11/suicide-rates-of-the-world/>
- Szałański, J. (2002A). *Wyjaśnianie zdarzeń i samoocena osób po próbach samobójczych*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 151–163). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Szałański, J. (2002B). *Poczucie alienacji i samorealizacja u młodych kobiet po próbach samobójczych*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 171–178). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Szymańska, J. (1997). *Diagnoza i wczesna pomoc dla dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem w warunkach poradni oświatowej*. W: B. Kamińska-Busko (red.), *Zapobieganie uzależnieniom uczniów* (s. 42–45). Warszawa: CMPPP.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dziennik Ustaw 1994 nr 111, poz. 535.
- Uzan, G. (1997). *Samobójstwa młodzieży*. „Zdrowie Psychiczne”, 1997, nr 1–2, s. 115–117.

- Virkkunen, M., Goldman, D., Nielsen, D.A., Linnoila, M., (1995). *Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence*. „Journal of Psychiatry & Neuroscience”, nr 20 (4), s. 271—275.
- WHO-PTS, (2003B). *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*. Genewa—Warszawa: Fraszka Edukacyjna Sp. z o.o.
- WH-PTS, (2003A). *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Genewa—Warszawa: Zakład Wydawniczo Produkcyjny FOLIAŁ.

Summary

Suicide is one of the most common causes of death among young people. According to data collected on the basis of death certificates by the Central Statistical Office, in 2009 in Poland taken their own lives 294 people to 19 years of age. Every year not only increases the number of deaths due to suicide attempts, but also lowers the age of the victims. Ways to realize more and more suicidal intent provides the Internet. It is not only base hints to help take one's own life, but also provides companions to deliver this objective. The researchers also point to the phenomenon of modeling the teenagers heroes of popular culture who committed suicide. In this context, proposes the inclusion of young people preventative actions aimed at reducing the risk of suicide. The purpose of this chapter is to investigate the causes of suicide attempts by young people, the analysis of the role of the Internet in shaping the behavior of suicidal adolescents and to provide guidance on the provision of assistance to persons with thoughts of suicide. This chapter presented an overview of research on this subject and analysis of the film “Suicide Room” directed by John Komasa.